



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

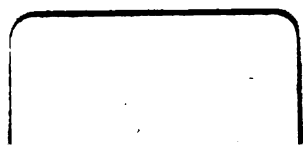
Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

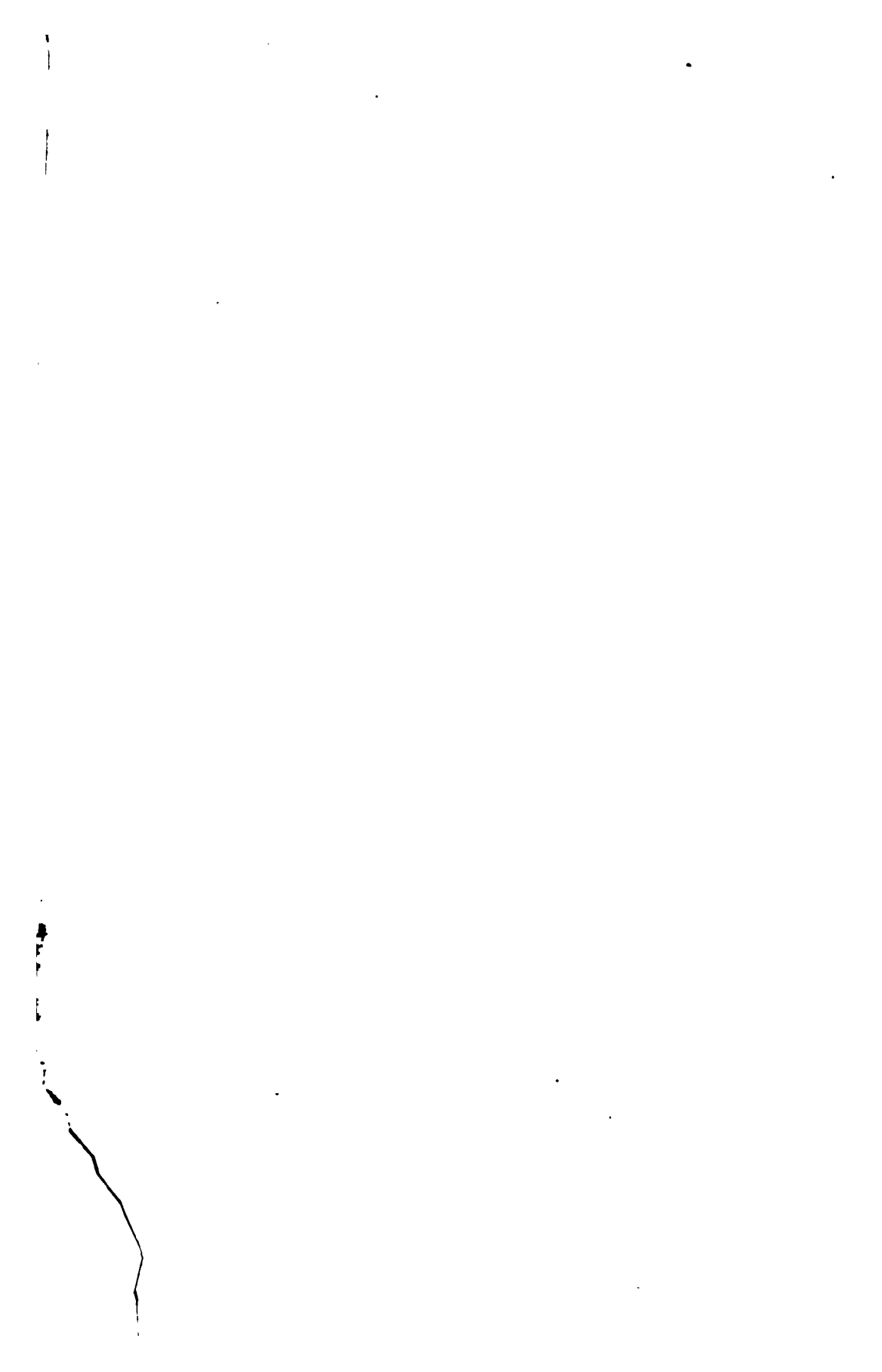
- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

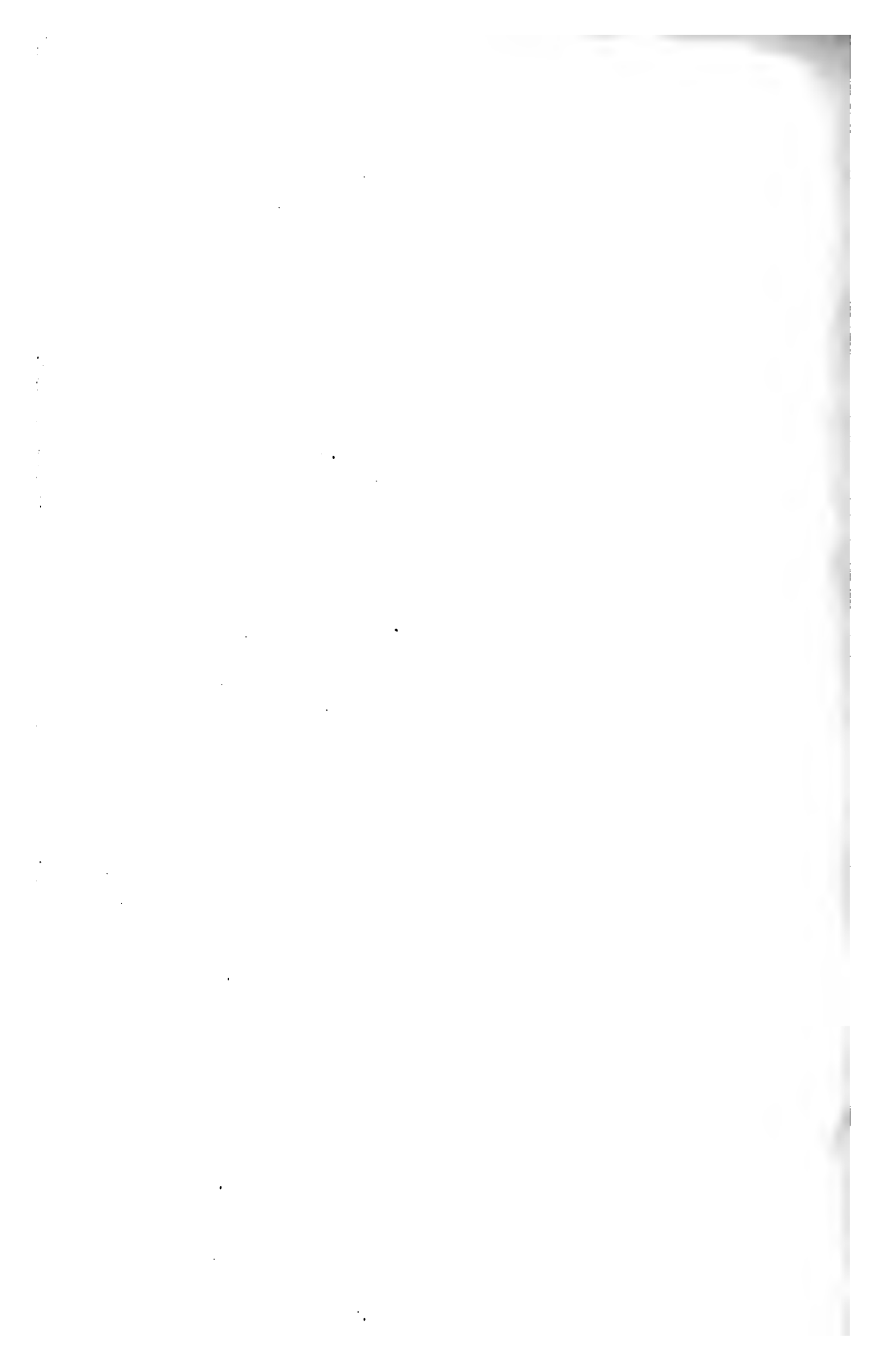








REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES



REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON

Médecin de Saint-Lazare

Professeur libre de gynécologie (École pratique),
Docteur en sciences, Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction Publique,
Membre de la Société de Médecine de Paris, Lauréat de l'Institut (physiologie
expérimentale), Lauréat de la Faculté de Médecine (prix Barbier), etc.

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :

GIUSEPPE BERRUTI
Agrégré à la Faculté de Médecine, Professeur
à l'Université royale de Turin.

DEMBO
de Saint-Petersbourg.

R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare.

HÉLOT
Chirurgien chef des Hôpitaux de Rouen.

LÉON LABBÉ
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANNELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Bordeaux.

LE PILBUR
Médecin de Saint-Lazare.

PIÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

H. VERRIER
ancien préparateur des cours d'accouchement
à la Faculté de Médecine de Paris.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

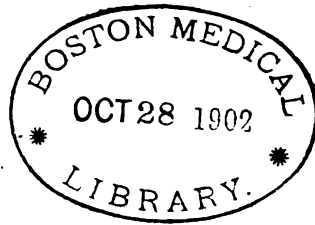
D^r Jules BATUAUD

Ancien interne de Saint-Lazare

TOME QUATORZIÈME

PARIS
ADMINISTRATION ET RÉDACTION
45, BOULEVARD MALESHERBES, 45

—
1892



4685

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE



MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

CURABILITÉ DE LA RÉTROVERSION ET DE LA RÉTROFLEXION.

Le traitement des rétro-déviation de l'utérus (rétroversion et rétroflexion) préoccupe depuis longtemps les gynécologistes. Rien n'est plus légitime que ce souci de replacer l'utérus et de le maintenir en situation normale, car la position défectueuse de la matrice entraîne, dans bien des cas, de la gêne dans la marche, des envies fréquentes d'uriner, des tiraillements dans le ventre, une difficulté plus ou moins grande des garde-robes, sans parler des douleurs continues dans la région lombo-sacrée avec les irradiations habituelles de la névralgie lombo-abdominale. Tous ces symptômes sont, bien entendu, d'autant plus accentués que l'utérus est plus fixé dans sa position vicieuse, que les adhérences pelviennes sont plus rigides et plus étendues en surface. Les rétro-déviation tout à fait mobiles sont, du reste, les plus rares de toutes, et quand on procède à un examen local minutieux et complet, il est exceptionnel, pour peu que l'affection dure depuis un certain temps, qu'on ne trouve pas des adhérences plus ou moins fermes ou plus ou moins larges accolant la matrice au rectum, à l'S iliaque, à l'intestin grêle ou aux parois du bassin. Très souvent aussi les annexes sont prolabées, descendues dans le cul-de-sac de Douglas et adhérentes elles-mêmes à l'utérus et au rectum ou à une autre portion de l'intestin. C'est alors sur-

tout qu'apparaissent les dysménorrhées les plus rebelles et que la dyspareunie la plus pénible vient encore augmenter les souffrances des malades.

Pendant longtemps toutes ces rétro-déviationes furent jugées incurables. On améliorait beaucoup l'état des malades en soignant convenablement l'endométrite et la métrite qui compliquent presque toujours la rétroversion et la rétroflexion ; mais la guérison radicale était l'exception, parce que la reposition de l'utérus était incomplète dans la plupart des cas ; par suite, la congestion persistait, entretenue par la position vicieuse de l'organe, et les troubles inflammatoires ne tardaient pas à se reproduire. Tout était à recommencer.

La chirurgie ne nous offre que des ressources bien restreintes au point de vue du traitement des rétro-déviationes. Le raccourcissement des ligaments ronds (opération d'Alquié-Alexander) échoue toujours dans les rétro-déviationes adhérentes et cela se comprend sans peine ; il est même infidèle dans la plupart des rétro-déviationes mobiles. En effet, les ligaments raccourcis ne tardent pas à s'allonger lorsqu'ils sont tirillés d'une façon continue par un utérus plus ou moins volumineux et pesant, qui se porte en arrière toutes les fois que la vessie se remplit et qui revient difficilement sous le pubis après l'évacuation de la vessie, les ligaments utéro-sacrés affaiblis ou même plus ou moins détruits étant insuffisants à remplir leur tâche.

L'hystéropexie manque souvent son but, pour cette simple raison que, si elle détermine la formation d'adhérences solides en avant, elle ne fait que transformer la rétro-déviation en antéversion fixe, pathologique, presque aussi pénible à tolérer, pour la malade, que la déviation à laquelle cette opération devait remédier. Il faut bien dire du reste que les résultats éloignés de l'hystéropexie ne peuvent pas encore être jugés d'une façon définitive, au point de vue clinique, car l'intervention dont nous parlons est encore trop récente.

Jé ne ferai que signaler la réduction forcée des rétro-déviationes

à l'aide de l'hystéromètre, du repositéur utérin de Sims et des instruments analogues. Malgré les précautions antiseptiques les plus minutieuses, cette réduction forcée peut produire des accidents graves, si bien que les partisans de cette méthode se font de plus en plus rares. Tous ceux qui l'ont essayée n'ont pas tardé à l'abandonner. Pour ma part, j'ai toujours été l'adversaire trop convaincu de toute méthode d'examen ou de traitement gynécologique comportant une intervention plus ou moins brutale pour avoir jamais eu recours à la méthode que je viens de signaler.

C'est aux procédés de douceur qu'il convient de donner la préférence, si l'on veut ne pas avoir d'accidents et si l'on veut faire œuvre réellement utile et durable. Mais qu'on ne s'y trompe pas, malgré les progrès considérables qui ont été réalisés dans ces dernières années, grâce à la vulgarisation de la méthode de Thure Brandt, il faut presque toujours plusieurs mois de traitement régulier et suivi pour obtenir la guérison complète.

Voici, pour ma part, comment j'envisage la question du traitement des rétro-déviation compliquées, ainsi que cela se présente ordinairement, de lésions inflammatoires de l'utérus et des annexes et d'adhérences pelviennes.

La première partie du traitement consiste à se rendre maître des lésions inflammatoires : le curettage, l'ignipuncture profonde du col, l'excision des ectropions remplissent cette première indication.

Il faut ensuite réduire l'utérus et le maintenir en bonne position. Mais avant de songer à faire la réduction, il est nécessaire, si les adhérences sont étendues et très résistantes, de faire résorber les exsudats pelviens. La destruction des adhérences constituera donc la seconde partie du traitement. C'est alors qu'il convient d'employer tout un ensemble de moyens thérapeutiques dont les principaux sont : la révulsion sur la paroi abdominale, application de pommades résolutives, les injections vaginales chaudes, les pansements vaginaux à la glycérine ichthyolée et enfin le massage pelvien.

La réduction de l'utérus constitue la troisième partie du traitement. On l'obtiendra à l'aide d'une des manœuvres suivantes préconisées par Thure Brandt (1) : Nous nous bornerons au redressement ventro-vaginal, le plus important, à mon avis, le seul en tout cas que j'aie employé jusqu'à ce jour.

Quatre procédés peuvent être mis en œuvre ; les voici, tels que les décrit Thure Brandt :

1^{er} procédé : « *Mouvement de bascule* (Guppling). On l'emploie quand l'utérus est petit et rigide, de manière que le fond peut être soulevé par pression sur la face antérieure de la portion vaginale et que par là la main libre peut saisir, à travers les parois abdominales, derrière le fond utérin. »

2^e procédé : « *Etreinte* (Klaemning). Est employée quand l'utérus se trouve tout contre le sacrum et ne peut par conséquent être versé. Cette manœuvre se fait de la manière suivante : à travers les parois abdominales, on pose légèrement les doigts de la main libre au-dessus du fond utérin, et au moment où le doigt interne, placé sur la portion vaginale, pousse l'utérus en haut, on enfonce les doigts de la main libre derrière le fond utérin, après quoi on attire l'utérus en avant et en bas contre le pubis, de la façon habituelle, c'est-à-dire bi-manuellement. »

3^e procédé : « *Accrochement* (Ikrokning). Est employé dans les rétroflexions quand l'utérus est très flexible et que la pression sur le col augmente encore l'angle de flexion. La chose principale, c'est de glisser, par un des côtés de la matrice, l'extrémité digitale sous le fond utérin et de soulever celui-ci vers les parois abdominales où les doigts de la main libre le saisissent en arrière et achèvent la réduction. »

4^e procédé : « *Pression de redressement*. Est à employer quand la portion vaginale est dirigée en avant et se trouve fixée dans cette position. Dans ces cas nous avons procédé de la manière

(1) Nous recommandons vivement la lecture du *Traitement gymnastique médical de Thure Brandt des affections du bas-ventre de la femme* traduit par le Dr J. Stas. Anvers, Buschman, éditeur, 1891. Ce qui fait le grand intérêt de ce travail, c'est qu'il est la traduction de ce qui a été écrit par Thure Brandt lui-même, et non pas l'œuvre d'un des élèves du célèbre masseur suédois.

suivante : La patiente étant dans la position mi-couchée courbée, on introduit l'index de la main gauche dans le vagin et on l'engage sous le fond utérin puis, comme dans le manuel précédent, on relève l'utérus vers les parois abdominales. On place alors les extrémités des doigts de la main droite sur les parois abdominales, immédiatement au-dessus de la symphyse et on les pousse jusque sur la région de l'isthme de l'utérus. On amène à présent le doigt interne en avant, on le place sur la face antérieure du col, tout contre les doigts de la main libre, on exerce une pression simultanée des deux mains, de manière à refouler la matrice en haut et en arrière, le long du sacrum, jusqu'à ce que les parties de soutien antérieures opposent de la résistance. On maintient la pression pendant quelques secondes.

Par suite de ces manœuvres, l'utérus est déjà quelque peu fléchi en avant. Maintenant, tandis que le doigt explorateur, resté en place, soutient seul l'utérus, on remonte légèrement le long de celui-ci avec la main libre, et quand les extrémités digitales ont dépassé le fond utérin, on les enfonce immédiatement, mais prudemment, derrière le fond. Si, contre toute attente, la réduction de l'utérus n'a pas complètement réussi, on retourne prudemment la main libre de manière que les extrémités digitales arrivent en bas, et on complète la réduction en exerçant une légère pression vers l'avant et le bas ou de légers frottements circulaires au-dessus du fond utérin. L'utérus se trouve maintenant le long du doigt explorateur qui pendant tout le temps est resté presque immobile ».

Nous supposons la réduction faite, il ne reste plus qu'à maintenir l'utérus en bonne position. C'est la 4^e et dernière partie du traitement. Pour cela, il suffit de replacer chaque jour l'utérus en antéverson exagérée et de faire ensuite un certain nombre de frictions circulaires sur la face postérieure et sur le fond de l'organe. L'utérus se contracte énergiquement, ainsi que ses ligaments suspenseurs, et, à la fin de chaque séance, on trouve l'utérus petit et remarquablement durci, donnant la sensation d'une petite bille de billard. Cet état de contraction de la matrice dure

un temps de plus en plus long après chaque séance, si bien qu'au bout de quelques jours, on trouve, à l'examen, l'utérus contracté et ferme, exactement situé derrière le pubis. A partir de ce moment la guérison est définitive.

Quelques lecteurs jugeront peut-être que le traitement que je viens d'exposer est trop long et trop compliqué. Sans doute, il serait plus agréable pour le gynécologiste d'avoir la possibilité de guérir les malades atteintes de rétro-déviation utérine par une seule intervention chirurgicale, quelque laborieuse qu'elle fût, mais il faut se rendre à l'évidence : cela est impossible, en raison de la complexité des lésions qu'il s'agit de réparer. Le mieux est donc de s'armer de patience et de faire le nécessaire, en se pénétrant bien de cette idée qu'il n'y a pas de guérison possible — j'entends : de guérison complète et définitive — si l'on néglige de remplir l'une quelconque des indications thérapeutiques que nous venons de passer en revue.

JULES CHÉRON.

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE

qui complique les tumeurs fibreuses de l'utérus,

par le Dr J. BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

(Suite) (1).

Voilà ce qu'il m'a été possible de trouver comme renseignements bibliographiques sur la question ; c'en est assez pour montrer que la cause du curettage dans les fibromes hémorrhagiques gagne de plus en plus de partisans, parmi lesquels on compte des hommes de la plus haute valeur.

Le *manuel opératoire* du curettage de la cavité utérine, dans le cas d'endométrite, est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'insister sur cette partie du traitement.

(1) Voir *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, juin, juillet août, septembre, octobre, novembre, décembre 1891.

D'une façon générale on suivra, dans le cas d'endométrite avec tumeur fibreuse, la technique habituelle quant à l'antisepsie avant, pendant et après l'opération, quant à l'époque choisie pour le curettage, quant au choix et au maniement des instruments. Il y a cependant quelques points spéciaux à l'endométrite compliquant une tumeur fibreuse qu'il convient d'examiner ici.

Avant tout curettage, il est utile de se rendre un compte exact, par l'hystérométrie, par le toucher, par la combinaison de ces deux modes d'exploration, etc., de l'épaisseur des parois utérines. Mais cette précaution est particulièrement utile lorsqu'on se trouve en présence d'un utérus myomateux. Il peut exister en effet, dans ce cas, un amincissement considérable de l'utérus en certains points, ce qui exposerait, si l'on n'était prévenu, à faire, avec la curette, une perforation peut-être dangereuse. Runge (1) insiste sur la possibilité de cet accident.

Le diagnostic exact du siège et du nombre des tumeurs fibreuses, dans un cas donné, est souvent impossible par la palpation extérieure, aussi, avant de curetter, est-il utile de pousser la dilatation assez loin pour pouvoir pratiquer le toucher intra-utérin si l'on veut agir en connaissance de cause. Au besoin, on ferait la dissection du col pour permettre le toucher intra-utérin. On reconnaîtra quelquefois, par ce mode d'examen, l'existence non soupçonnée d'un polype inclus dans la cavité et on pourra rendre ainsi l'intervention réellement profitable en faisant précéder le curettage de l'ablation du polype alors que le curettage seul, dans un cas de ce genre, aurait été d'une utilité médiocre. Peut-être même se trouvera-t-on conduit, par les résultats de l'exploration à l'aide du toucher intra-utérin, à ajouter au curettage l'énucléation d'un ou de plusieurs petits fibromes sous-muqueux saillants dans la cavité et faciles à énucléer.

Quant au curettage lui-même, Runge conseille de gratter la muqueuse avec une pression modérée, surtout au niveau des tumeurs saillantes dans la cavité, car il y a intérêt à ne pas ouvrir (au moins sans s'en rendre compte) la capsule des

(1) Runge, *loc. cit.*

myomes sous-muqueux. La suppuration de la tumeur serait en effet possible si, la tumeur ayant été dénudée, il se produisait malheureusement une réinfection avant que la muqueuse se fût reformée. A moins cependant que l'utérus ne se contractant avec force, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, l'ouverture de la capsule n'ait pour résultat l'expulsion du fibrome. C'est ce qui semble s'être produit dans un des faits rapportés par M. Walton (1). Cet auteur avait pratiqué la dilatation forcée et le curettage dans le but de faire cesser les hémorrhagies qu'il croyait en rapport avec une endométrite simple ; 13 jours après l'opération, la malade expulsait une tumeur fibreuse qui vint en trois morceaux en partie sphacelés. M. Walton pense qu'il s'agissait d'un myome sous-muqueux (s'il s'était agi d'un polype, celui-ci eût été expulsé en masse à la suite de la rupture de son pédicule) et il attribue cette énucléation spontanée à la rupture de la capsule par la dilatation forcée. Plus vraisemblablement, à mon avis, la curette aura incisé la capsule du fibrome, ce qui aura permis son expulsion.

Pour le curettage dans l'endométrite simple, toutes les curettes sont bonnes quoique chaque opérateur ait ses préférences personnelles. Dans le cas qui nous occupe, il sera souvent avantageux d'avoir des curettes à tige flexible et peu volumineuses pour gratter facilement toute la surface malgré les coudures brusques qui peuvent exister par suite de l'existence des myomes sous-muqueux qui déforment plus ou moins la cavité utérine.

Les curettes à tige flexible seront d'autant plus utiles que, dans certains cas, en raison du volume des tumeurs, l'abaissement artificiel de l'utérus à la vulve peut être rendu très difficile, voire même impossible. J'ai souvent vu mon maître, M. le D^r Chéron, faire le curettage sans abaissement, en fixant simplement le col avec une pince à griffes ; j'ai pu moi-même curetter, dans ces conditions, un certain nombre de malades à Saint-Lazare et à la Clinique de M. Chéron, le curettage n'a jamais présenté de difficultés bien grandes et les malades n'avaient pour ainsi

(1) WALTON, *loc. cit.* (Obs. IV, reproduite plus loin).

dire aucune douleur après l'opération. On a prétendu qu'il était presque impossible de faire une abrasion complète de la muqueuse sans abaisser l'utérus ; les nombreux cas que j'ai pu suivre démontrent que cette assertion ne repose sur aucun fondement. L'important, lorsqu'on fait le curettage sans abaissement, est : 1° de dilater largement le canal cervical avant l'opération ou au début de l'opération, et 2° de se servir de curettes à tige flexible auxquelles on donne la courbure appropriée pour chaque cas, après avoir déterminé cette courbure avec l'hystéromètre flexible.

Il va sans dire que, s'il y a une endocervicite concomitante, il sera nécessaire de traiter le canal cervical par des moyens appropriés : hersage suivi de curettage, excision par le procédé de Schroeder, etc. Peut-être un certain nombre de récurrences ont-elles été dues à l'oubli de cette petite opération complémentaire qu'on négligeait trop souvent avant ces dernières années.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, M. le Dr Chéron (1) associe habituellement au curettage de la cavité utérine l'ignipuncture profonde du col, ainsi qu'il le fait dans la métrite chronique. Telles sont les remarques très brèves que je tenais à faire à propos du manuel opératoire ; je dois maintenant insister sur les soins consécutifs.

Soins consécutifs. — Lorsqu'on a pratiqué l'abrasion de la muqueuse utérine pour guérir une endométrite, il y a toujours avantage à ne pas considérer la malade comme guérie du fait même de l'opération et à surveiller au contraire la reformation de la muqueuse nouvelle. On sait en effet que, dans les métrites anciennes, la muqueuse nouvelle a de la tendance à se reproduire d'une façon exubérante, probablement en raison de la persistance de troubles congestifs dus à l'altération concomitante du parenchyme. C'est à l'oubli de la nécessité des soins consécutifs qu'on doit souvent attribuer les récurrences de l'endométrite après le curettage, quand il n'y a pas eu de réinfection. *A fortiori* les soins consécutifs ne doivent-ils pas être négligés après le raclage, lorsque l'utérus est bourré de tumeurs fibreuses.

(1) J. Chéron, *loc. cit.*

Les injections iodées pratiquées dans la cavité utérine remplissent parfaitement, d'après Runge (1), cette indication : empêcher la récurrence de l'endométrite. Cet auteur, qui a obtenu de si bons résultats par le curettage, dans les fibromes hémorrhagiques, n'a jamais fait moins de six injections consécutives de teinture d'iode, et, dans certains cas, il a cru nécessaire de faire quinze injections iodées avant de considérer les malades comme pouvant cesser tout traitement. La quantité de teinture d'iode qu'il injecte chaque fois dans la cavité utérine varie de 3 gr. à 9 grammes, suivant que la cavité est plus ou moins étendue. Il conseille de faire, toutes les fois que cela est possible, un lavage de la cavité, à l'aide du cathéter de Bozemann, avec une solution phéniquée, pour entraîner l'excès de teinture d'iode qui n'a pas été absorbée. Il répète les injections iodées tous les deux ou trois jours.

On pourrait sans doute remplacer avantageusement les injections iodées par la méthode de cautérisation déjà décrite qui consiste à bourrer la cavité utérine avec une bandelette de gaze iodoformée imbibée de teinture d'iode ou de perchlorure de fer ou de glycérine créosotée qu'on retire aussitôt après. La chose importante est de cautériser à plusieurs reprises la muqueuse nouvelle de manière à l'empêcher de se reproduire d'une façon exubérante.

Il va sans dire que, pendant les premières règles qui suivent le curettage, la malade devra garder le repos absolu au lit, ainsi que cela se fait habituellement après le raclage pour endométrite simple.

Les règles terminées, il serait bon de ne pas abandonner les malades à elles-mêmes, mais au contraire de les revoir au moins cinq à six fois, surtout si les règles ont été un peu abondantes et, dans ce cas, de faire encore quelques injections iodées ou quelques pansements intra-utérins avant de cesser le traitement.

Curettage répété. — Il est nécessaire, dans certains cas, de pratiquer plusieurs curettages chez la même malade avant d'ob-

(1) RUNGE, *loc. cit.*

tenir un résultat durable. Cela n'a rien d'étonnant, puisque, même dans les endométrites sans fibromes, on sait que la récurrence après le curettage n'est pas un fait absolument exceptionnel. C'est ainsi que, dans un des cas que je rapporte plus loin, et dont je dois la communication à la bienveillance de M. Lauwers (de Courtay), il a fallu trois curettages consécutifs pour faire cesser les pertes sanguines.

On doit aussi songer à ce fait capital que, pour avoir une tumeur fibreuse, la malade qu'on vient de curetter n'en est pas moins susceptible de subir une infection nouvelle et de faire, par exemple, une endométrite blennorrhagique si elle s'expose à cette complication. Il serait injuste, si cela arrivait, d'accuser le curettage d'inefficacité.

Mais, en l'absence de toute infection nouvelle, une récurrence de l'endométrite étant constatée, devra-t-on persévérer dans l'emploi de la curette ?

On peut admettre qu'après un ou deux échecs du curettage dans un cas de fibrome hémorrhagique, chez une femme jeune, on abandonne ce genre de traitement pour recourir à la myomotomie ou à la castration tubo-ovarienne, qui provoquera probablement la ménopause et mettra pour toujours un terme aux hémorrhagies, et cette conduite est d'autant plus logique que l'expérience a prouvé que les fibromes entrent presque toujours en régression après la disparition définitive des règles.

Mais si, en cas de récurrence rapide de l'endométrite, la myomotomie ou la castration peuvent être conseillées chez une femme jeune, devra-t-on raisonner de la même façon en présence d'une malade ayant dépassé 40 ans et, à plus forte raison, 50 ans ? Il est évident que, dans ce dernier cas, on a le droit d'espérer qu'avec deux ou trois curettages la malade pourra atteindre la ménopause sans que sa santé soit compromise par le retour fréquent des hémorrhagies utérines. Il est peut-être même permis de se demander si, chez les malades âgées, il ne serait pas possible de provoquer la ménopause de parti pris, par le curettage répété plusieurs fois à quelques mois d'intervalle, comme le propose

M. Walton (1), en l'associant aux applications régulières de teinture d'iode dans la cavité utérine et aux injections vaginales prolongées d'eau chaude. Le curettage supprime en effet presque toujours une époque menstruelle, et on sait d'autre part que Löwenenthal (de Lausanne) (2) a réussi à provoquer la ménopause artificielle par le repos au lit et les injections vaginales prolongées d'eau chaude.

Ces remarques ont une portée d'autant plus grande que le nombre des malades atteintes de tumeurs fibreuses qui viennent consulter pour la première fois le gynécologue à un âge voisin de la ménopause est lui-même plus considérable. Or, d'après la statistique importante de Schröder (3), portant sur 798 cas, 51 % des malades (soit 407) n'ont demandé assistance qu'après avoir dépassé 40 ans, et 12,77 % (c'est-à-dire 102 malades) avaient plus de 50 ans lors du premier examen.

Dans près des 2/3 des cas de tumeurs fibreuses par conséquent — et bien entendu si l'hémorrhagie est le symptôme le plus important — le curettage répété au besoin constitue une méthode très rationnelle de traitement, puisqu'il permet d'attendre la ménopause et peut-être même de la provoquer, et puisque la ménopause survenant, c'est la disparition définitive des hémorrhagies, et par suite presque toujours la régression consécutive du fibrome.

Observations cliniques.

OBSERVATION I.

Fibrome hémorrhagique. — Curettage et injections iodées. — Disparition des pertes persistant au bout de 15 mois. (RUNGE, loc. cit., OBS. I).

Mlle S... souffre depuis des années d'hémorrhagies très abondantes dues à la présence d'un myome de la grosseur d'une tête d'enfant. Elle vient me trouver avec le désir d'être opérée bien que connaissant parfaitement le danger de l'opération.

(1) WALTON, loc. cit.

(2) LÖWENTHAL, Assoc. méd. ital. 11^e Congrès général, Pérouse, nov. 1885.

(3) SCHRÖDER, loc. cit., 2^e éd. franç., p. 228.

Je conseille d'abord le curettage et les injections iodées. Ce traitement est admirablement bien supporté. L'hémorrhagie menstruelle est considérablement diminuée, en même temps que les règles ne durent que 5 à 6 jours au lieu de 15 jours.

Quinze mois plus tard, Runge a l'occasion d'examiner la malade : la tumeur n'a pas grossi, la menstruation est modérée. En conséquence, on s'abstient de toute autre intervention.

OBSERVATION II.

Fibrome hémorrhagique. — Curettage et injections iodées. — Cessation des hémorrhagies persistant au bout de 12 mois. (RUNGE, loc. cit. obs. II.)

Mlle B..., très anémiée, souffre d'hémorrhagies extrêmement abondantes en rapport avec un myome de la grosseur d'une noix. Tout ce qu'on a essayé pour arrêter les hémorrhagies n'a donné aucun résultat. La malade est décidée à tout. Runge se contente du curettage suivi de 10 injections iodées. Les règles suivantes font défaut ; la première menstruation est très modérée.

Dernières nouvelles 12 mois après l'intervention : les époques sont régulières et l'écoulement sanguin très modéré. Augmentation considérable du poids de la malade.

OBSERVATION III.

Fibrome hémorrhagique. — Curettage et injections iodées. — Récidive au bout de 11 mois. (RUNGE, loc. cit., obs. III.)

Mme L... porte un fibrome volumineux dépassant l'ombilic. Depuis un an hémorrhagies très abondantes et avec des rémissions très éloignées ; anémie extrême.

Curettage (cavité utérine très longue) — 6 injections iodées. La première menstruation dure trois jours ; plus tard les règles deviennent un peu plus abondantes. Augmentation considérable des forces.

Au bout de 11 mois, retour de l'hémorrhagie, qui rend nécessaire un nouveau traitement.

REMARQUES. — Le bénéfice retiré du curettage par la malade est très net dans cette observation, bien qu'il n'ait été que temporaire. A quoi doit-on attribuer le retour de l'hémorrhagie au bout de 11 mois ? Les renseignements qui nous sont fournis par l'auteur sont malheureusement très incomplets, et on ne peut faire que des hypothèses. Peut-être le traitement consécutif, qui a consisté seulement en 6 injections iodées, aurait-il dû être prolongé davantage. Peut-être la récurrence a-t-elle été causée par une infection blennorrhagique ou autre, postérieure au curettage. Runge ne semble pas avoir pensé que l'endométrite concomitante des tumeurs fibreuses pouvait être causée, dans un certain nombre de cas, par une des infections qui causent les endométrites en l'absence de toute tumeur. Il y a lieu d'attirer l'attention sur ce point spécial et il est à désirer qu'à l'avenir les observations puissent nous renseigner d'une façon plus précise sur les causes de la récurrence.

OBSERVATION IV.

Fibrome hémorrhagique. — Curettage et injections iodées. — Cessation des hémorrhagies datant de 6 mois. (RUNG, loc. cit., obs. IV.)

Mme B... Petit myome sous-muqueux. Règles très abondantes. Anémie extrême. Mauvaise nutrition.

Curettage suivi de 7 injections iodées.

Les règles suivantes sont très faibles, puis les époques reviennent régulièrement avec des pertes de sang normales.

Dernières nouvelles 6 mois après l'intervention : les règles étaient normales et l'état général très amélioré.

OBSERVATION V.

Fibrome hémorrhagique. — Curettage et injections iodées. — Cessation des hémorrhagies pendant quelques mois, bon état général. (RUNGE, loc. cit., obs. V.)

Mlle S... Règles profuses depuis 4 ans. Myome gros comme une tête d'enfant.

Curettage, 5 injections iodées.

Les premières règles retardent de huit jours et sont très modérées.

Dernières nouvelles, 7 mois après l'opération : en général, la malade se porte bien, cependant les règles sont devenues aussi fortes qu'auparavant et durent 5 à 6 jours. Le myome n'a pas grossi d'une façon évidente.

REMARQUES. — Il y aurait lieu de faire ici les mêmes remarques déjà faites à propos de l'observation III.

OBSERVATION VI.

Fibrome kystique, hémorrhagies rebelles. — Etat très grave. — Curettage comme moyen d'urgence et comme préparation à la myomotomie. (RUNGE, loc. cit. obs. VI.)

Mlle S. T... Depuis 2 ans, hémorrhagies plus fortes et souvent irrégulières. Myome volumineux, s'élevant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Anémie très profonde. P. 112 à 140, irrégulier.

On commence par les injections sous-cutanées d'ergotine ; au bout de 41 injections les règles deviennent beaucoup moins abondantes, mais, quelques jours après la fin de l'écoulement, à la suite d'un examen, il se produit une hémorrhagie excessive qui ne peut être arrêtée que par un fort tamponnement. Chaque fois qu'on retire le tampon, la perte de sang est très abondante, si bien que l'anémie atteint le plus haut degré. P = 146. Extrémités froides comme de la glace. Somnolence, etc.

Après une injection de six seringues de Braun de teinture d'iode dans la cavité utérine qui mesure 8 centimètres, l'hémorrhagie diminue.

La fréquence du pouls et l'anémie grave font écarter l'idée de myomomie pour le moment du moins.

Curettage. 10 injections iodées en 23 jours.

Ce traitement est bien supporté. La malade se remet très vite. Les règles suivantes sont extrêmement modérées, le pouls s'a-

baisse à 100-110 et 4 jours après la dernière injection d'iode, la malade peut être renvoyée chez elle.

Dernières nouvelles, 6 semaines après le départ de la malade. Elle se porte beaucoup mieux ; elle est beaucoup plus forte ; les deux menstruations suivantes ont duré environ 5 jours et la perte de sang a été bien moindre qu'avant l'intervention.

. REMARQUES. — L'utilité du curettage, dans le cas qui précède, s'est montrée considérable, puisque l'état de la malade était réellement inquiétant au moment de l'intervention et que un mois après environ elle pouvait être renvoyée chez elle relativement en bonne santé. Il est probable, comme je le disais dans un précédent chapitre, que l'on aurait grand intérêt à ne pas laisser s'éterniser les hémorrhagies chez les malades atteintes de tumeurs fibreuses, comme on le fait trop souvent, alors même qu'on croirait la récurrence de l'endométrite très probable au bout de sept à huit mois par exemple. Au moins empêcherait-on ainsi les anémies graves qu'on observe dans certains cas, mettant la vie des malades en péril, et obligeant le chirurgien à intervenir d'urgence par la myomotomie, dans les conditions les plus fâcheuses au succès de l'opération.

Pour en revenir à la malade de l'observation VI, Runge croit que l'on sera obligé de pratiquer chez elle la myomotomie, le myome étant évidemment kystique, mais il fait remarquer que le pronostic de cette opération sera bien meilleur que si on y avait eu recours d'emblée, alors que l'état général était aussi grave.

OBSERVATION VII.

Volumineux fibrome interstitiel. — Hémorrhagies. — Curettage et applications iodées. — Disparition des hémorrhagies. — Grossesse (Coë, loc. cit.).

. « Une femme non mariée, âgée de 25 ans, soumise à mes soins depuis 5 ans déjà, souffrait de ménorrhagies qui l'avaient

réduite à une anémie extrême. Elle présentait également des symptômes modérés de compression. L'examen révéla la présence d'un fibrome interstitiel de la grosseur d'une tête d'adulte, qui déterminait une augmentation régulière de volume de l'utérus ; la cavité de l'organe mesurait 4 à 5 pouces environ. La médication interne, le tamponnement, les injections se montrèrent peu utiles et l'état de la malade fut considéré comme suffisamment sérieux pour exiger une opération radicale. A titre d'essai, la cavité utérine fut curettée avec soin ; on enleva de volumineux fragments de muqueuse hypertrophiée ou fongosités. On fit ensuite une application de teinture d'iode qui fut répétée 3 ou 4 fois de suite. A l'époque menstruelle suivante, on constata une diminution notable de l'écoulement. Bientôt après, la malade cessa d'être soumise à mon observation. Mais avant de partir, elle me demanda s'il serait sage pour elle de se marier ; je lui répondis négativement en lui exposant non seulement les dangers auxquels elle s'exposerait en devenant enceinte, mais encore le risque immédiat d'un retour de l'hémorrhagie qui pourrait être rappelée par les relations du mariage. Elle m'écrivit deux fois : une fois au bout de 3 ou 4 mois, pour me dire que ses règles étaient à peu près normales et une seconde fois, *longtemps après*, pour m'annoncer triomphalement qu'elle était mariée depuis quelques mois et se portait mieux que jamais auparavant. Les dernières nouvelles que j'eus de cette malade me vinrent de son médecin, qui m'annonça qu'elle était devenue enceinte, avait accouché avant terme et avait eu une perte si abondante que sa guérison semblait douteuse ».

REMARQUES. — Coë fait remarquer judicieusement que la fin de cette observation ne prouve rien contre le curettage dans les fibromes hémorrhagiques. Un simple curettage avait suffi à amener la santé, et la guérison se serait maintenue pendant longtemps encore si la malade ne s'était exposée de propos délibéré aux dangers de la grossesse dont elle avait été prévenue.

OBSERVATION VIII.

Tumeur fibreuse et endométrite fongueuse. — Hémorrhagies profuses depuis trois ans. — Etat général sérieux. — Curettage. — Disparition des hémorrhagies. — Retour à la santé. (Edis, loc. cit.).

L. W..., âgée de 45 ans, mère d'un enfant de 13 ans ; a commencé à avoir de fréquentes hémorrhagies il y a 3 ans.

Les règles ont apparu à 14 ans ; elles ont été très régulières, mais sont devenues très profuses depuis quelques années. Pendant les trois dernières années, il n'y a guère eu que deux jours chaque mois sans perte de sang. Tout exercice produit une hémorrhagie profuse si bien que la malade est obligée de garder le repos absolu presque constamment ; finalement elle est devenue si émaciée, si nerveuse, si hystérique et si irritable qu'on eut des craintes pour son état mental.

A l'examen on trouva le bassin rempli par une tumeur dense, ferme, globulaire, du volume d'une tête de fœtus environ. L'utérus était rétrofléchi, le col mou, et il y avait un petit polype muqueux sortant de l'orifice externe.

Comme on savait que le fibrome existait depuis de nombreuses années et que les hémorrhagies n'étaient devenues profuses que depuis quelque temps on jugea convenable de dilater le col et d'explorer la cavité dans le but de décider l'énucléation du fibrome et de découvrir, si cela était possible, s'il y avait une cause occasionnelle d'hémorrhagie. On plaça des tentes de lamineuses et le col fut dilaté suffisamment pour permettre l'introduction du doigt.

On trouva que le fibrome était en dehors de la cavité utérine, et que cette dernière était tapissée de végétations fongueuses. La curette tranchante fut employée, la malade étant sous l'influence de l'éther, et on enleva une grande quantité de végétations. Il ne s'en suivit aucun trouble local en général excepté des nausées probablement dues à l'éther, vu l'état d'épuisement de la malade. Elle se releva très bien de l'opération et fut en

mesure de quitter le pays, un mois après le curettage. Les hémorrhagies profuses cessèrent dès ce moment et la dernière fois que je vis la malade, il n'y avait pas eu de récurrence de ses fortes hémorrhagies. Le fibrome semblait être resté dans le *statu quo*.

OBSERVATION IX (résumée).

Fibrome rétro-utérin. — Endométrite polypeuse. — Métorrhagies. — Dilatation forcée et curettage. — Cessation des hémorrhagies maintenue depuis 7 ans. (WALTON, loc. cit., obs. V).

Première consultation le 13 septembre 1883, Mme B..., rue Royale Sainte-Marie, 36 ans.

Un enfant, il y a 10 ans. Depuis 5 ans, hémorrhagies fréquentes ; la dernière hémorrhagie dure depuis neuf semaines sans que rien puisse l'arrêter. Paraît beaucoup plus âgée que son âge réel, étant débilitée et anémiée par ces fréquentes pertes de sang.

Rétention d'urine depuis quelques jours, vomissements, etc. On vide la vessie.

Utérus en antéposition comprimant le col de la vessie ; tumeur fibreuse rétro-utérine constatée au toucher vaginal et au toucher rectal. Hystérom. 8 c. 1/2.

Petit polype muqueux du col.

Ablation de ce polype avec le serre-nœud, séante tenante.

Dilatation forcée, curettage (qui ramène un grand nombre de petits polypes muqueux) ; injection intra-utérine de teinture d'iode.

14 septembre. — On vide de nouveau la vessie. Injection intra-utérine phéniquée, etc.

La malade reprend rapidement ses forces dans la suite.

Cinq ans après l'opération, la malade n'avait pas eu de retour les accidents hémorrhagiques ; elle s'occupait non seulement des soins du ménage, mais encore elle se livrait à de lourds travaux pour aider son mari dans sa profession de doreur-encadreur. Elle a joui constamment d'une santé parfaite depuis l'opération.

N. B. — M. le Dr Walton qui a bien voulu faire prendre des nouvelles de cette malade, m'écrit le 21 août 1890 (environ 7 ANS APRÈS l'opération qui a eu lieu le 13 septembre 1883) qu'elle continue à aller bien.

OBSERVATION X (résumée).

Volumineux fibrome hémorrhagique. — Dilatation forcée et curettage. — Cessation des hémorrhagies maintenue depuis 2 ans. (Walton, loc. cit., obs. VII).

Julie C..., 32 ans, célibataire. Menstruée à 17 ans. Depuis deux ans, ménorrhagies précédées et suivies de leucorrhée. Les hémorrhagies augmentèrent peu à peu et il se produisit de la métrorrhagie ; actuellement elle est presque constamment dans le sang.

Les injections intra-utérines faites par le Dr Mertens n'ont pas pu arrêter ces hémorrhagies.

24 août 1888. — « Le ventre de cette femme forme une saillie assez considérable. Au palper abdominal, on sent une tumeur dure occupant une grande partie de l'abdomen. A l'examen combiné, vagino-abdominal, on constate que la matrice est très volumineuse et s'élève jusqu'à l'ombilic. A sa surface antérieure se trouve une tumeur dure, insensible, qui bombe dans le vagin et fait une forte saillie dans le ventre. Sur cette première tumeur se trouve implantée une seconde tumeur, plus petite, pédiculée, sous-péritonéale, facilement déplaçable et située sur le côté antéro-latéral droit de la matrice. Hystérométrie : 12 cent. »

Dilatation forcée et curettage le 25 août 1888, avec l'aide de MM. Mertens, Vaudenberg et Hyernaux.

Le 12 septembre, la malade est assez bien portante pour retourner chez elle. Le Dr Mertens ayant constaté l'affaissement du ventre et la diminution notable de la tumeur, ainsi du reste que le professeur Hyernaux, M. Walton fait l'hystérométrie qui n'accuse plus que 8 cent. (au lieu de 12).

N. B. — M. le Dr Walton a bien voulu écrire au médecin de

la malade pour avoir de ses nouvelles ; les hémorrhagies n'ont pas reparu jusqu'à ce jour (21 août 1890).

OBSERVATION XI (résumée).

Métrorrhagies. — Dilatation forcée et curettage. — Expulsion d'un fibro-myome sous-muqueux se reproduisant quelques jours après. — Cessation des hémorrhagies. (WALTON, loc. cit., obs. IV).

Mme H..., femme de chambre dans un hôtel de Bruxelles, 30 ans. Cinq enfants, le dernier il y a deux ans. Accouchements normaux. Perd constamment du sang depuis deux mois. Etat anémique, teint légèrement jaunâtre.

Parois abdominales résistantes, matrice haut située ; 8 cent. à l'hystérométrie qui se fait sans difficultés. On croit à une métrite hémorrhagique sans complication de fibrome.

Opération le 12 mai 1885, dans une mansarde, avec l'aide de deux femmes, dont une se trouve mal pendant l'opération.

Pendant la dilatation, hémorrhagie qui force le Dr Walton à procéder rapidement au curettage sans avoir, au préalable, pratiqué le toucher intra-utérin comme il le fait d'habitude.

Après le nettoyage, irrigation à l'eau phéniquée suivie d'une injection intra-utérine de teinture d'iode et tamponnement du vagin. Pas de fièvre.

Le lendemain, évacuation de la vessie, enlèvement du tampon. Au palper, l'utérus paraît avoir un développement insolite. Nouvelle irrigation intra-utérine. Il semble que la sonde ne pénètre pas à une profondeur proportionnée au développement qu'on avait cru reconnaître à l'utérus par le palper. Nouveau pansement.

Série de pansements avec applications intra-utérines de teinture d'iode. Léger suintement sanguin.

25 mai. — La malade avait eu depuis quelques jours des douleurs expulsives et montre un produit qui a été expulsé à la suite d'une injection vaginale. « Ce produit était tout simplement un débris de myome intra-utérin qui me révéla la véritable cause

de ses hémorrhagies. Pratiquant le toucher vaginal, le doigt ramena un second débris. Appliquant le spéculum de Cusco, je vis, engagé dans la cavité cervicale un troisième débris de la dimension d'un œuf de pigeon que je m'empressai d'enlever à l'aide de la pince à faux germes. Introduisant forcément le doigt dans la cavité utérine, malgré la douleur qu'éprouvait la femme, je constatai que la cavité ne renfermait plus aucun corps étranger. Est-il nécessaire d'ajouter dès lors que le traitement pouvait être considéré comme terminé ?

REMARQUES. — Nous avons déjà discuté cette observation à propos du manuel opératoire du curettage. M. Walton pense qu'il s'agissait d'un myome sous-muqueux non pédiculé, ce qui est en effet très probable car un polype aurait été expulsé en un seul morceau et non en trois morceaux bien séparés. Il attribue l'énucléation à la dilatation forcée ; sous ce rapport je me permets d'être d'un avis différent et de croire simplement que la curette, promenée rapidement et avec force dans la cavité utérine, (puisque M. Walton avait hâte de terminer son opération), avait ouvert la capsule du fibrome qui a été ensuite expulsé spontanément, par suite des contractions utérines. Cette observation est surtout intéressante en ce qu'elle prouve bien que les craintes de Schröder sur les dangers de la dénudation des myomes sous-muqueux par la curette étaient évidemment exagérées. Voir aussi, sur ce dernier point, les observations XVIII et XXV.

(OBSERVATION XII (résumée)).

Fibrome utérin. — Hémorrhagies. — Curettage. — Disparition des hémorrhagies persistant encore au bout de 2 ans environ. — (LEMARIGNER, in TH. CUELLAR).

Mme C..., 42 ans. Asthme et eczéma séborrhéiques dans ses antécédents. A 38 ans, ablation par M. Richet d'un polype qui avait produit des métrorrhagies considérables.

En juillet 1888, métrorrhagies abondantes, caillots, douleurs utérines pendant 8 à 10 jours et cela à chaque retour des règles qui

se répétaient quelquefois deux fois par mois ; ces pertes datent de plusieurs mois. M. Pozzi constate : utérus gros, mobile, légèrement bosselé, rien aux annexes, pas de déviation. Hystérom. 9 c. 5. Traitement : *hydrastis canadensis* (de 20 à 60 gouttes). Injections de 42° à 48°, ergotine d'Yvon au moment des époques.

20 septembre 1888. — La malade présentée au Dr Pozzi n'accuse aucune amélioration de son état. Examen : même situation qu'en juillet. On conclut à la nécessité du curettage.

26 septembre 1888. — Curettage ; muqueuse légèrement enflammée, un peu augmentée de volume ; pas de végétations.

Vaginite qui cesse au bout de 10 jours.

Les 2^{es} règles ne durent que 5 jours, sont très abondantes et présentent encore de nombreux caillots (coliques utérines).

Les 3^{es} règles ne durent que 5 jours et l'écoulement n'est très abondant que pendant 3 jours ; coliques utérines. A ce moment l'asthme qui n'existait plus depuis un an reparait.

Vue en février et mars 1889 ; les règles continuent à ne durer que 5 jours et à s'accompagner d'asthme.

Le 11^e mois après le curettage, l'asthme menstruel cesse.

Revue en août 1890 (*environ 2 ans après le curettage*) ; il n'y a pas eu de récurrence des hémorrhagies. Pas d'examen local.

REMARQUES. — Pourquoi la malade asthmatique avérée qui fait l'objet de cette observation a-t-elle présenté, du 3^e au 11^e mois, de l'asthme au moment des règles ? C'est une question à laquelle nous ne pouvons répondre. Cela importe du reste peu pour le sujet qui nous occupe. L'important pour nous c'est de constater l'arrêt persistant des hémorrhagies à la suite du curettage.

(A suivre).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1891.

M. BOUILLY communique sa statistique d'*hystérectomies vaginales pour cancer de l'utérus*. Pour lui, le cancer de l'utérus est un des plus malins et des plus graves parmi les cancers ; aussi l'intervention radicale lui paraît-elle justifiée par l'extensivité du mal et sa tendance aux promptes récidives ; mais il ne se dissimule pas que l'opération est elle-même difficile et reste grave malgré les perfectionnements réalisés dans les procédés opératoires.

Une première série publiée par M. Bouilly lui avait donné 7 morts sur 30 cas d'hystérectomie, dont 29 pour cancer.

La seconde série, qui commence en 1888, comprend 21 cas avec 9 morts, se décomposant ainsi : en 1889, 5 opérations dont 3 morts ; en 1890, 11 opérations dont 5 morts ; en 1891, 5 opérations dont 1 mort.

Les 3 morts de 1889 sont dues, 2 à la septicémie, l'autre au shock opératoire. Celles de 1890 se composent de : une septicémie après déchirure de la vessie (malgré la suture immédiate), — une hémorrhagie du ligament large gauche, probablement par constriction insuffisante de la pince, — un décès par urémie au troisième jour, bien qu'il n'y ait point eu de pincement des uretères ; un choc opératoire et enfin une septicémie par péritonite chez une femme épuisée, après ablation d'un volumineux utérus cancéreux, opération laborieuse et pénible.

Parmi les malades de la première série se trouvent 3 guérisons complètes datant de cinq ans et quatre mois, de trois ans et neuf mois, de trois ans et huit mois. Dans la seconde série il y a déjà une guérison de dix-sept mois et une de quinze mois.

La récidive, quand elle s'est montrée, est apparue entre deux et huit mois. Enfin, 5 malades ont été perdues de vue.

En résumé, depuis 1886, M. Bouilly a fait 50 hystérectomies

vaginales pour cancer, et a eu 16 morts opératoires. 30 malades ont été suivies et ont fourni 6 guérisons, 4 survies de deux ans environ, 2 récurrences après trois ans et demi environ.

Malgré cette mortalité imposante M. Bouilly se demande si les résultats obtenus sont beaucoup moins brillants que dans les autres interventions opératoires pour cancer, notamment ceux du rectum, de la langue et même de la mamelle. Aussi, faute de mieux, l'hystérectomie vaginale totale paraît-elle à M. Bouilly rester l'opération de choix qu'il pratiquera toutes les fois que l'occasion s'en présentera.

Quinze fois, il a pratiqué des opérations partielles plus ou moins étendues, toujours elles lui ont donné des résultats déplorables. Dans deux cas en particulier, les lésions du col étant extrêmement peu étendues, il fit une très large amputation du col et obtint chaque fois une récurrence rapide. Dans les cas où l'on ne peut tout enlever, mieux vaut encore s'abstenir.



M. RICHELOT fait le parallèle de l'hystérectomie vaginale totale et de l'amputation partielle préconisée par M. Verneuil.

Deux fois il a pratiqué l'amputation partielle dans des conditions extrêmement favorables : ces deux cas ont donné des résultats désastreux.

Il a fait ensuite comparativement deux hystérectomies totales, et les deux opérées sont en bon état. Aussi, son opinion est-elle arrêtée maintenant et ne se reconnaît-il pas le droit de pratiquer encore les amputations partielles et incomplètes.

Les difficultés opératoires de l'hystérectomie vaginale totale ne sont d'ailleurs pas aussi grandes qu'on l'a dit. Un utérus mobile s'enlève en 10 à 15 minutes. L'auteur en a enlevé un en 5 minutes. Si l'utérus est adhérent par des traînées cancéreuses, il faut le laisser ; si ce sont des adhérences inflammatoires, il faut l'enlever par morcellement.

En réalité, dit M. Richelot, une opération qui donne une mortalité de 4 à 5 % n'est pas une opération grave ; il est peu d'interventions, à part la cure radicale des hernies, qui donnent une mortalité moindre.

Il faut ajouter que les traînées cancéreuses se prolongent à

distance dans l'épaisseur du muscle utérin bien plus loin qu'on ne le suppose : on les a constatées 4 fois sur 17 dans une statistique de M. Goulioux. M. Richelot lui-même se souvient d'une femme atteinte d'un épithélioma très limité, à qui Gallard pratiqua l'amputation du corps avec l'anse galvanique. Deux mois après, la femme revenait avec une récurrence. On lui fit l'hystérectomie totale : il y a de cela cinq ans et deux mois et la guérison s'est parfaitement maintenue depuis lors.

Quant à la malade que M. Verneuil a opérée il y a 22 mois, on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'un gros col fongueux dû à une métrite, au lieu d'un épithélioma, ces lésions de la métrite étant beaucoup moins connues il y a vingt ans qu'aujourd'hui.

(Rev. de théor. méd. chir.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

SUR LA DILATATION FORCÉE DE LA MATRICE DANS LA PELVI-PÉRITONITE ET SUR LE CURETTAGE DE L'UTÉRUS,

Par M. HICGUET.

La thèse que M. Thiry a soutenue dans son discours et les raisons qu'il a fait valoir contre la dilatation et le curettage de l'utérus m'ont, dit M. Hicguet, profondément ému. L'honorable chirurgien de Liège y voit un pas en arrière dans la thérapeutique de l'endométrite chronique, affection utérine la plus fréquente dont les atteintes peuvent entraîner des conséquences graves sur les fonctions génésiques de la femme, sur sa santé et quelquefois sur sa vie. Les discours de MM. Titeca et Van Cauwenbergh ont démontré, dit-il, que les objections de son honorable collègue de Bruxelles contre ces moyens chirurgicaux étaient tout au moins exagérées.

Depuis que la chirurgie fait des incursions dans le domaine de la médecine, certaines affections rebelles aux moyens médicaux ont cédé sous la main du chirurgien. Cela est vrai surtout pour les inflammations chroniques de la matrice et de ses annexes.

Le travail adressé par M. Walton à l'Académie, et qui concerne le traitement de la pelvi-péritonite par la dilatation forcée et le

curettage utérin, a démontré la valeur incontestable de cette intervention.

La dilatation forcée, la divulsion du col utérin l'emporte-t-elle sur la dilatation lente pratiquée au moyen de tiges fabriquées avec des substances poreuses ? Oui, selon M. Walton, dont l'opinion est partagée par M. Hicguet.

La tige peut sortir du col, produire une dilatation insuffisante, être bridée par l'orifice interne du col au point de se briser quand on veut la retirer. Elle peut produire une surexcitation nerveuse chez les névropathes. Enfin, elle peut être dangereuse au point de déterminer des accidents de septicémie, de métrite, des accidents quelquefois mortels, signalés par MM. Hart, Barbour et Schröder.

Malgré l'avis contraire de M. Thiry, qui lui reproche sa violence et de causer des déchirures étendues, la dilatation forcée est inoffensive. Ni M. Walton, ni M. Hicguet, ni aucun gynécologue n'ont observé des accidents semblables. Enfin, elle présente ce grand avantage de terminer, en une courte séance, dilatation et curettage.

Passant à l'examen du procédé de curettage employé par M. Walton, M. Hicguet met en doute la possibilité de désobstruer au moyen d'une curette mousse les orifices tubaires et d'enlever rapidement et sans effort les parties malades de la muqueuse.

M. Thiry reproche à la curette d'avoir provoqué l'avortement et la perforation de la matrice.

Possible dans les cas de cancer, de tuberculose ou d'utérus gravide, la perforation ne peut se produire dans l'endométrite chronique, que si la curette est maniée avec une violence ou une maladresse dont on n'a pas encore d'exemple. Survenue dans des conditions aseptiques, la perforation de la matrice n'est pas mortelle. Certains gynécologues l'ont pratiquée de propos délibéré pour démontrer qu'elle était inoffensive.

Faut-il répondre à cette considération : la curette peut provoquer l'avortement ? Mais toutes les explorations, toutes les médiations intra-utérines sont passibles du même reproche. C'est au chirurgien de se mettre en garde contre la fourberie de certaines femmes trop expertes en avortement.

M. Thiry accuse le curettage de remplacer la muqueuse utérine par un tissu de cicatrice et de rendre ainsi la femme stérile. C'est

une erreur matériellement démontrée, erreur constatée par de nombreux exemples de femmes devenues stériles et redevenues fécondes après le curettage de femmes stériles jusqu'alors, devenues mères à la suite de l'opération.

Faut-il répondre, dit M. Hicguet, à d'autres considérations produites par le savant professeur de Bruxelles contre l'emploi de la curette ? Il nécessite l'anesthésie ; il n'est pas nécessaire ; il exige une antiseptie minutieuse, chose difficile à réaliser. Mais toutes les opérations sont dans ce cas. Il oblige, d'après M. Thiry, à exercer des tractions violentes sur l'utérus pour pouvoir l'abaisser. Ceci est une erreur, dit M. Hicguet. Si chacune des manœuvres du raclage présentait les périls signalés par M. Thiry, bien peu de femmes en sortiraient saines et sauvées !

Le curettage se compose d'un ensemble de manœuvres qui, seules, associées, ou combinées avec la curette, peuvent amener la guérison de l'endométrite ; l'antiseptie du vagin et du col, la dilatation du col, les lavages antiseptiques et la cautérisation intra-utérine, les pansements antiseptiques. Cette méthode ne comprend-elle pas, réunis, les différents moyens employés contre l'endométrite chronique ?

M. Hicguet ne veut pas s'occuper de l'origine infectieuse ou non des différentes endométrites, ni du curettage appliqué au traitement du cancer ou de la tuberculose de la matrice. Dans les accidents puerpéraux ou post-puerpéraux septiques ou hémorragiques, rebelles à l'action du doigt ou des injections antiseptiques, la curette mousse est indiquée.

Contre l'endométrite chronique simple du corps utérin, le curettage réussit ordinairement. Il n'en est pas de même de l'inflammation du col, où la curette n'obtient pas les mêmes succès.

Le triomphe du curettage se manifeste surtout dans l'endométrite hémorragique.

L'endométrite blennorrhagique chronique résiste souvent au raclage. Elle ressemble en cela à l'uréthrite chronique de l'homme, qui défie quelquefois toutes les médications.

A l'appui de la valeur du curettage contre les inflammations des annexes, M. Walton cite des observations où la méthode semble avoir fait merveille. Certaines d'entre elles se rapportent plutôt à des endométrites non compliquées de salpingite ; les autres ont trait à des cas où des collections purulentes salpingiti-

ques se sont fait jour à travers la matrice. Elles ne démontrent pas que l'évacuation soit réellement due à l'action de la curette et de la dilatation forcée. L'issue du pus a eu lieu à une époque trop éloignée de l'application de la curette. D'ailleurs, il n'est pas rare de voir un pyo-salpinx se frayer spontanément une issue à travers l'orifice utérin de la trompe.

Selon M. Hicguet, il ne faut pas trop insister, dans l'endométrite chronique, sur les remèdes ordinaires. En cas d'insuccès, on doit recourir au curettage et supprimer un foyer d'infection qui, en se propageant au péritoine, peut compromettre gravement la santé, les fonctions génésiques et même la vie.

Le procédé de curettage adopté par M. Hicguet ne diffère guère de celui des autres chirurgiens. Comme M. Walton, il fait la dilatation forcée avec le seul divulseur à trois branches de Sims. Le spéculum à quatre valves d'Auvard et une pince à griffes lui servent à dégager, abaisser et fixer le col. Rarement il emploie l'anesthésie.

Il préfère, pour le raclage, les curettes tranchant à tige malléable. L'écouvillon de Doléris, puis une injection intra-utérine enlèvent les caillots et les produits du curettage. Enfin, une injection de teinture d'iode, suivie de l'introduction d'une lamie de gaze iodolée terminent l'opération. Pansement avec un tampon de gaze iodolée.

En finissant, M. Hicguet jette un coup d'œil sur les résultats de sa pratique. Il fut un temps où le curettage lui paraissait une méthode barbare, hérissée de périls. Les résultats obtenus par les autres chirurgiens l'ont engagé à prendre à son tour la curette; ils'en est bien trouvé. Des malheureuses, en proie depuis des années à des pertes incessantes et de toutes les couleurs, minées par des douleurs continues, tourmentées par des troubles digestifs, urinaires, par tout le cortège des accidents nerveux de l'anémie, à charge à elles-mêmes et aux autres, condamnées souvent à l'inaction, retrouvaient bientôt santé, forces, mouvement, gaieté par l'action de la curette.

Un traitement suivi de résultats semblables mérite-t-il, dit L. Hicguet, les reproches qui ont retenti dans cette enceinte ?

(*La Clinique.*)

REVUE DE LA PRESSE

LA TORSION DU PÉDICULE DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE,

Par M. DUPLAY (1).

Vous m'avez vu pratiquer l'ovariotomie chez une femme de 46 ans, atteinte d'un kyste très volumineux de l'ovaire. Le diagnostic était, chez elle, évident. Mais son histoire clinique offrait deux particularités sur lesquelles j'avais attiré votre attention. Le kyste avait très notablement augmenté de volume dans les trois derniers mois, et cette augmentation s'était accompagnée de douleurs assez vives. L'état de la malade était resté trop satisfaisant pour qu'on eût beaucoup à craindre une transformation maligne du kyste ; mais ces deux particularités pouvaient faire soupçonner, soit des hémorrhagies intra-kystiques, soit une torsion du pédicule. De fait, en opérant, après avoir détruit des adhérences assez solides, je trouvai le pédicule tordu sur lui-même, d'un tour et demi environ. Le liquide kystique était noirâtre, hémorrhagique. L'opération fut d'ailleurs facile, et il n'y eut pas d'autre incident qu'une déchirure qui se produisit à l'orifice de ponction, par suite de la minceur extrême de la paroi à droite.

Cette torsion du pédicule est assez rare ; sa fréquence serait de 6 p. 100 environ sur l'ensemble des kystes de l'ovaire. Cette complication, signalée par Rokitanski, dès 1840, a surtout été étudiée, depuis l'ovariotomie, en Angleterre, par Lawson Tait et Spencer Wells ; en Allemagne, par Fränkel. J'ai moi-même, il y a une douzaine d'années, signalé, à la Société de chirurgie, le premier fait qui ait été, je crois, étudié en France.

Assez facile à comprendre pour les petits kystes à pédicule mince et long, le mécanisme de la torsion est plus difficile à concevoir pour les gros kystes. On a invoqué, sans trop de raisons, les efforts, les chocs, les alternatives de vacuité et de réplétion des organes de l'abdomen, en particulier du rectum et de la vessie. Le développement inégal des diverses loges du kyste paraît, surtout lorsqu'il existe une sorte de point d'appui fourni par des adhérences, plus susceptible de déterminer le mouvement de spire.

(1) Résumé d'après la *Gazette des hôpitaux*.

Chez notre malade, cette explication semble plausible. La tumeur avait deux lobes énormes d'inégale résistance, communiquant ensemble. Le lobe gauche avait des parois d'une minceur extrême, le lobe droit des parois très épaisses. Ce lobe était maintenu par des adhérences très fortes, organisées, fibreuses, certainement anciennes. De plus, ces adhérences semblaient s'être allongées, avoir été tirillées. La distension du lobe gauche indiquant un développement plus rapide, les adhérences rentrent donc dans les conditions invoquées.

Cette torsion se rencontre, quoi qu'on en ait dit, soit à droite, soit à gauche. Pourtant, dans la statistique de M. Terrillon, portant sur 119 cas, la torsion a été deux fois plus fréquente pour les kystes du côté droit.

Les conséquences sont variables, suivant que la torsion se produit d'une façon lente ou brusque.

Dans la torsion rapide, la circulation est subitement entravée et modifiée; les veines volumineuses, à parois minces, à situation plus extérieure, sont particulièrement atteintes. Par suite de l'entrave de la circulation en retour, les parois veineuses se rompent; les hémorrhagies peuvent être très abondantes; dans quelques cas exceptionnels, ces hémorrhagies ont même amené la mort. Mais les complications les plus fréquentes sont l'inflammation et la gangrène. Parfois, cette inflammation entraîne à sa suite la rupture du kyste et peut déterminer des accidents de péritonite mortelle. Souvent, aussi, l'inflammation se limite; elle entraîne des adhérences protectrices qui empêchent, sinon la rupture, au moins l'effusion du liquide dans le péritoine. Dans une terminaison plus rare et plus curieuse encore, la torsion rapide, serrée, arrive à rompre le pédicule. Le kyste est mobile et libre, séparé de son point d'implantation. Cette liberté peut être suivie, soit de la gangrène totale du kyste avec péritonite septique, soit de la formation d'adhérences pariétales intestinales ou épiploïques, qui suffisent à assurer la nutrition et même l'accroissement. Dans les ovariectomies, on a quelquefois signalé ces kystes sans pédicules, vivant uniquement par leurs adhérences nouvelles. Parfois, aussi, l'absence de nutrition n'amène pas le sphacèle, mais aboutit à l'atrophie, à la régression, à l'infiltration calcaire. Ces faits de guérison spontanée sont bien établis, le mécanisme de l'atrophie a été comparé à la transformation calcaire que subit le fœtus dans certaines grossesses extra-utérines (lithopœdion).

Quand le pédicule se tord lentement, les conséquences sont à peu

près les mêmes, avec une acuité moindre : arrêt de la circulation, surtout veineuse, d'où congestion, hémorrhagie, inflammation, phénomènes de péritonite ; plus rarement, rupture et gangrène.

Chez notre malade, la torsion avait été lente, progressive ; la constriction semble être toujours restée peu serrée ; les spires faisaient un tour et demi, et les phénomènes de congestion avaient été très limités.

Ces torsions lentes sont néanmoins susceptibles, plus susceptibles peut-être que les torsions brusques, d'entraîner, elles aussi, l'atrophie lente et, finalement, la guérison spontanée. Le peu d'acuité de l'inflammation semble mieux favoriser, dans quelques cas, le travail de régression.

Le sens de la torsion est variable, le nombre des spires très variable également. J'ai, dans un cas, trouvé cinq tours de spire ; c'est à peu près le maximum observé. Notre malade ne présentait qu'un tour et demi.

Cliniquement, la torsion du pédicule peut être soupçonnée, mais il est presque impossible de l'affirmer d'une façon absolue. Les principaux symptômes, dans le cas de torsion brusque, sont la douleur violente, subite, l'augmentation considérable de volume. Parfois même, la malade est défaillante, syncopale, tant est grande l'abondance de l'hémorrhagie. Dans le cas de torsion lente, on retrouve les mêmes symptômes, moins bruyants, plus atténués. Parfois, l'évolution se produit par poussées végétatives successives, séparées par des alternatives d'amélioration.

Les terminaisons et le pronostic sont, vous l'avez vu, singulièrement variables. La mort peut survenir par hémorrhagie ou par péritonite ; la torsion du pédicule peut avoir, au contraire, comme conséquence, la guérison spontanée par atrophie. Ordinairement, la complication n'aboutit ni à l'une ni à l'autre de ces terminaisons extrêmes, par suite de l'intervention rapide qui prémunit la malade contre la torsion.

Le diagnostic est assez difficile ; c'est plutôt un diagnostic d'indications thérapeutiques qu'un diagnostic précis de l'accident même. Les symptômes dus à la torsion peuvent être, en effet, donnés soit par une hémorrhagie dans l'intérieur du kyste, soit par une rupture spontanée. Dans le second cas, le changement de forme de l'abdomen, la disparition des bosselures permettent de différencier la rupture de la torsion, en supposant, bien entendu, que cette torsion ne

s'accompagne pas elle-même de rupture. Mais, dans le premier, le diagnostic reste assez hésitant. La transformation d'un kyste ovarique peut aussi donner quelques symptômes se rapprochant de ceux que produit la torsion du pédicule. Là, encore, le diagnostic exact n'est souvent établi qu'au moment de l'ovariotomie.

L'indication thérapeutique, dans la torsion brusque, est très nette. Il faut faire l'ovariotomie aussitôt que possible, d'autant plus tôt que les accidents sont plus menaçants ; parfois, même, l'ovariotomie devient une véritable opération d'urgence. Dans les torsions lentes, le mieux est encore une intervention. Comme cette règle de conduite convient également dans le cas d'hémorrhagies, de rupture, de transformation maligne du kyste, vous voyez que, malgré les incertitudes de diagnostic, les difficultés pratiques se trouvent assez facilement résolues. Le pronostic opératoire de l'ovariotomie, après la torsion, n'est pas sensiblement aggravé. Les difficultés ne sont pas d'ordinaire beaucoup plus grandes. Les adhérences de nouvelle formation sont d'ordinaire faibles ; il est facile de les rompre avec le doigt. Dans un cas où la torsion avait produit des adhérences totales, j'ai pu ainsi décortiquer complètement le kyste. Chez notre malade, vous avez vu hier que la torsion n'a en rien gêné notre opération ; son état est aussi satisfaisant que possible, et sa guérison semble dès maintenant certaine.

(*L'Union médicale.*)

TRAITEMENT DU CARCINOME PAR LA PYOKTANINE,

Par le Dr RACHMAÏER. (*Wien. med. Press.*, 3 juin 1891.)

La malade en traitement auprès du Dr Bachmaïer depuis janvier 1891, était âgée de 42 ans ; elle souffrait d'hémorrhagies utérines incessantes, qui avaient provoqué une anémie prononcée, en même temps que des douleurs de tête violentes, de la dyspnée, de l'œdème des membres inférieurs et une anorexie presque complète. A l'examen, cancer utérin inopérable. La matrice était fixe, il existait une large infiltration du parametrium, la portion vaginale était représentée par une ulcération profonde et saignante, la paroi antérieure du vagin elle-même était carcinomateuse et ulcérée.

Voici quel fut le traitement institué : tous les deux jours, injection d'une solution de pyoktanine (1 : 300), après irrigation vaginale à la créoline. D'abord 1 1/2 seringée de Pravaz, injectée au moyen d'une

seringue à longue aiguille, et répartie en trois régions de la partie vaginale; l'aiguille était enfoncée à 0,5-1 centimètre.

La piqûre d'aiguille provoqua au commencement des hémorrhagies, qui ne se répétèrent plus ultérieurement. Après l'injection, tampon d'ouate, imprégnée de la même solution, et ensuite deux à trois tampons secs de gaze iodoformée. Le lendemain, ces tampons étaient retirés, et renouvelés après irrigation à la créoline. L'opérateur se servait du spéculum de Braun.

Comme médication générale, la malade prenait l'albuminate de fer, plus tard l'arsenic; le sulfonal était administré contre l'insomnie. Les injections ne provoquaient ni douleur, ni fièvre.

Bientôt les hémorrhagies cessèrent; les symptômes de l'anémie grave se dissipèrent, l'appétit revint, et le sommeil fut obtenu sans sulfonal. L'ulcération était devenue moins dure, et saignait moins facilement.

La dose fut augmentée, et portée à trois seringues par séance; elle fut parfaitement tolérée. Au commencement d'avril, les forces avaient sensiblement augmenté; l'ulcération de la paroi vaginale et de la portion vaginale du col s'était modifiée en une plaie unie et détergée; les hémorrhagies étaient rares et peu abondantes; l'écoulement mucopurulent sans odeur spéciale.

Les deux mois suivants, le chirurgien espaça les visites de trois, puis de quatre jours. A la fin du mois de mai la malade était levée; l'ensemble des forces s'était relevé; plus de symptômes d'anémie; elle dort bien; écoulement restreint. La matrice est devenue légèrement mobile, les plaies sont unies et lisses, l'infiltration du parametrium a diminué. Des granulations rouges recouvrent les ulcérations et sont recouvertes de liquide muco-purulent.

La malade compte se rendre à la campagne, où le traitement par la pyoktanine sera poursuivi.

Dans le cas actuel donc, il y a arrêt certain du processus pathologique; les hémorrhagies, l'écoulement fétide, l'infiltration paramétritique ont diminué; l'ulcère a pris l'aspect d'une plaie de bonne nature; tout cela a été obtenu chez une malade qui paraissait avoir encore peu de jours à vivre.

Il reste à connaître les résultats obtenus ultérieurement, résultats que l'auteur promet d'exposer.

(Ann. de la Soc. de méd. de Gand.)

HÉMATOME D'ORIGINE PUERPÉRALE SIÉGEANT SOUS LES PLIS SEMI-LUNAIRES
DE DOUGLAS,

Par M. le D^r G. KASPARION TER-GREGORIANZ à Tiflis.

(*Centralblatt für Gynæk.*, 1891, n^o 37.)

Il s'agit d'une patiente âgée de 24 ans, parfaitement réglée depuis l'âge de 16 ans. La période menstruelle dure pendant 3 à 4 jours.

Cette personne, mariée à l'âge de 18 ans, a eu deux accouchements normaux.

Pendant la 3^e grossesse, elle accouche avant terme.

Les douleurs de l'enfantement se prolongent pendant 4 jours. L'enfant, très volumineux, est mort-né.

Après cet accouchement laborieux, la malade prétend être restée sans connaissance pendant 3 jours et avoir été atteinte ensuite de diarrhée pendant 6 jours.

Deux mois après la parturition, se déclare une hémorrhagie fétide qui dure encore lorsque nous examinons la femme.

Voici le résultat de notre examen : le vagin est d'une longueur moyenne. Au fond de cet organe et sur la ligne médiane, existe une ouverture circulaire dont les rebords sont saillies et assez grande pour laisser pénétrer la pulpe de l'index.

A gauche de cet orifice anormal, on sent la portion vaginale du col utérin absolument normale.

Le corps de la matrice n'est pas augmenté de volume, mais se trouve en antéversion.

Cette tumeur a une surface lisse et une consistance ferme.

Une solution phéniquée à 4 % employée en irrigations ramène des caillots sanguins noirs répandant dans l'appartement une odeur désagréable.

Cette odeur est tellement repoussante qu'elle empêche la malade de dormir.

On fait pendant 6 jours des injections avec de grandes quantités d'acide phénique en solution à 4 %.

L'hémorrhagie cesse presque complètement : alors apparaît un pucier fétide qui perd graduellement son odeur désagréable.

Le 14^e jour, on cesse le traitement. Le liquide provenant de l'injection est légèrement trouble et sans odeur particulière.

Pendant la durée de la maladie, on a suivi de près l'évolution de cette affection puerpérale.

On a vu la tumeur diminuer progressivement de volume, l'utérus reprendre sa place normale et l'ouverture circulaire pathologique se placer derrière la portion vaginale du col utérin.

L'anamnèse et nos recherches nous permettent de tirer les conclusions suivantes :

Après l'accouchement, il s'est produit chez la personne qui fait l'objet de cette observation, une grave hémorrhagie sous le pli de Douglas.

Il s'est formé un hématome volumineux qui a déterminé, par compression, une nécrose partielle du cul-de-sac vaginal postérieur.

Nous avons revu la femme 4 mois après l'avoir soignée. La patiente n'accuse même pas de la faiblesse. A notre avis, elle a eu une hémorrhagie abondante. En effet, il en est résulté un hématome assez volumineux pour pouvoir déplacer l'utérus après la résorption de la partie liquide du sang épanché.

D^r LAMBINON.

(Journal d'Accouchements.)

DES RUPTURES UTÉRINES.

M. SCHULTZ rapporte l'histoire de quatorze cas de rupture utérine observés à la clinique de M. Tuffer, à Budapest. De ces quatorze femmes, une seule était primipare, les autres avaient eu des grossesses en nombre variable et l'une d'elles accouchait pour la huitième fois.

Dans deux cas, le bassin était très rétréci, une fois par un ostéome, une autre fois à la suite d'ostéo-malacie ; dans deux autres cas, le diamètre antéro-postérieur mesurait 10 centimètres ; les autres femmes avaient le bassin bien conformé. Pour ce qui est de la présentation, le plus souvent elle était normale ; cependant deux fois il s'agissait d'une présentation de l'épaule négligée, une fois d'une face et une autre fois d'un siège. La durée du travail avait été plusieurs fois très courte.

On voit donc que si le rétrécissement du bassin, si une présentation anormale, si un travail prolongé prédisposent à la rupture utérine, aucune de ces causes ne saurait en être regardée comme le facteur habituel. La véritable origine de la rupture consiste en une altération

de structure du col utérin qui a perdu son élasticité, qui a été transformé en tissu cicatriciel par une maladie antérieure.

Les symptômes qui annoncent l'imminence d'une rupture sont l'agitation extrême de la parturiente, la rapidité de son pouls, la situation élevée du fond de l'utérus et enfin la formation d'un sillon au niveau duquel le muscle utérin forme comme un anneau contracturé. Il faut alors terminer l'accouchement aussi promptement que possible.

La rupture, une fois produite, est d'un diagnostic généralement aisé. Elle s'accompagne d'une douleur extrême, d'angoisse profonde, on constate de la dyspnée, des vomissements avec des symptômes de collapsus. Souvent, on sent les membres du fœtus venir se placer immédiatement sous la paroi abdominale. Enfin, par le toucher, la partie fœtale qui se présentait et qui était immobilisée, ou bien semble disparaître, ou bien prend une nouvelle mobilité. Il faut alors extraire au plus vite l'enfant soit par les voies naturelles, si cela est possible, soit par la laparotomie.

Au point de vue du traitement, tantôt on a abandonné la guérison de la femme aux seules forces de la nature, en se bornant à pratiquer quelques injections vaginales ; tantôt on a tamponné l'utérus avec de la gaze iodoformée, en y plaçant aussi un drain en forme de T ; tantôt enfin, on a eu recours à la laparotomie. Chacun de ces traitements a donné des résultats statistiques très variables suivant les auteurs. L'ensemble des chiffres que M. Schultz a pu rassembler et qui portent sur plus de 320 cas, donnent 20 p. % de guérison pour la première méthode (abstention), 36 p. % pour la seconde (drainage et tamponnement antiseptique et enfin 44.7 % pour la troisième (laparotomie). (*Orvosi Hetilap.*, 1891 et *Bull. méd.*).

SUR LA REPRODUCTION DE LA MUQUEUSE DE L'UTÉRUS.

Etude expérimentale du docteur Bossi, docent d'obstétrique et de gynécologie. (In *Gazetta degli ospitali*, n° 81, Octobre.) — A l'Institut de pathologie générale dirigé par M. le professeur Griffini, M. le docteur Bossi a entrepris, sur des chiennes, une série d'expériences à l'effet :

1° D'étudier le mode de reproduction de la muqueuse utérine ;

2° Les modifications histologiques qui surviennent après le raclement de l'endométrie ;

3° Les modifications produites par la destruction de cette muqueuse par les caustiques, en se limitant toutefois à la pâte de Canquoin laissée en permanence selon la méthode de Polaillon, et en établissant un parallèle entre ce procédé et le curettage classique.

Les conclusions de ce travail consciencieux sont les suivantes, par rapport à la reproduction totale de la muqueuse :

1° La muqueuse du corps utérin de la chienne, enlevée par partie ou en totalité dans toute son épaisseur, se reproduit complètement ;

2° Cette reproduction se fait lentement, souvent dans un espace de temps considérable ;

3° L'épithélium de revêtement, qui primitivement tapissait la solution de continuité, dérive de l'épithélium des glandes des bords de celle-ci demeurées plus ou moins intactes après le trauma expérimental ;

4° Enfin, les glandes reproduites dérivent de la prolifération de quelques cellules du nouvel épithélium de revêtement, après que celui-ci a pris une forme d'épithélium cylindrique.

Par rapport à l'application de bâtonnets de pâte de Canquoin, l'auteur pense que le curettage est préférable à cette cautérisation, tant par les effets immédiats obtenus que par ceux qui suivent, et en se plaçant spécialement au point de vue de la conservation fonctionnelle de l'organe.

(Un. méd.)

(MILLOT-CARPENTIER.)

MÉTRITES PUTRIDES CARDIO-SÉNILES.

M. le Dr Levrat, chirurgien de la Charité, de Lyon, décrit sous ce nom, dans la *Province médicale*, une affection dont il a observé trois cas chez des malades d'une soixantaine d'années, atteintes d'affection cardiaque et qui ont guéri grâce au curettage utérin. Voici les principaux phénomènes observés :

Longtemps après la ménopause, des femmes se plaignent du cortège habituel des souffrances causées par des métrites. Il s'y ajoute des écoulements fétides et sanguinolents. La première idée est qu'on est en face d'un cancer, mais le toucher fait reconnaître l'absence de ces duretés, de ces ulcérations qui accompagnent l'épithélioma du

col. Le vagin, toujours irrité, est souvent cloisonné par des membranes que le doigt déchire. L'utérus est mobile et plutôt petit que gros, les culs-de-sac sont libres, le col est net. La malade présente tous les symptômes d'une affection cardiaque et en même temps un aspect cachectique, dû à la putridité de l'écoulement et à l'intoxication produite par sa rétention par les néomembranes du vagin.

Quant au traitement, voici comment M. Levrat pratique le curettage. Pendant plusieurs jours on fait l'antisepsie du vagin. Cette antisepsie consiste dans des injections d'eau de sublimé, des lavages au permanganate de potasse au millième portés sur le col par un spéculum et maintenus comme un bain du col. Dans l'intervalle entre les lavages journaliers, le vagin est comblé avec de la gaze à l'iodoforme. Quand l'antisepsie vaginale est assurée, on place dans le col une tige de laminaria pour la dilatation, le curettage est fait ensuite de la façon suivante : On saisit la lèvre antérieure du col avec une pince à griffes, l'utérus est ensuite abaissé et la sonde utérine dilatatrice de Reverdin introduite dans sa cavité.

On pratique à ce moment un lavage au sublimé de la cavité utérine. Le curettage est fait ensuite.

Après le curettage, un deuxième lavage est fait à la sonde de Reverdin. Puis avec un porte-coton on étanche la cavité utérine et l'on termine par une cautérisation de la surface interne de l'utérus avec un coton trempé dans l'acide chromique au tiers. Le pansement se fait avec la poudre d'iodoforme et un tampon de gaze iodoformée.

(Journ. de méd. et de chir. prat.)

LES IRRIGATIONS CHAUDES DU GROS INTESTIN COMME MOYEN DE SOULAGEMENT DANS LES DOULEURS PELVIENNES ET ABDOMINALES.

M. FOREZA employé les irrigations chaudes du gros intestin chez plusieurs malades atteints de coliques néphrétiques, de névralgies ovariennes, de phlegmon du ligament large, de pelvi-péritonite, de dysménorrhée, de coliques hépatiques. Ce moyen a procuré un grand soulagement, même dans des cas où la douleur était telle qu'elle avait résisté à la morphine. Parfois, même en dehors de cette action palliative, il a paru avoir une action décongestive et antiphlogistique réelle. Pour recevoir cette irrigation, le malade se place dans la position de Sims. Il est couché sur le côté gauche, le bras gauche der-

rière le dos, les jambes partiellement fléchies, le siège soulevé par un coussin, la tête basse. Il peut dans cette position se donner, au besoin, lui-même l'irrigation de la main droite. L'eau doit être au plus à la température de 41 à 44 degrés. La quantité injectée varie d'abord de 1/2 litre à 1 litre. L'injection est faite très lentement et gardée cinq minutes. Son expulsion est accompagnée d'ordinaire de l'évacuation d'une quantité de matières fécales. On répète alors le lavement en injectant très lentement une quantité de liquide très considérable qui est gardée le plus longtemps possible. Le soulagement est d'ordinaire obtenu par cette nouvelle irrigation. Puis, le liquide expulsé, on donne un troisième lavement, formé, cette fois, de 1/2 litre seulement et qui est d'ordinaire conservé d'abord. Ce troisième lavement est surtout utile dans les coliques néphrétiques, l'eau absorbée s'éliminant par le rein. On peut au besoin, additionner l'eau d'un sel alcalin, d'un sel de lithine par exemple, ou employer une eau minérale.

Comment agit l'irrigation chaude ? Dans le cas de colique néphrétique, surtout du rein gauche, d'ovarite, de phlegmon du ligament large, Phillips admet que par suite des rapports du rectum et du côlon avec les organes enflammés et douloureux, il se produit par l'irrigation une sorte de bain tiède indirect de ces organes. Quelle que soit l'explication théorique, l'effet thérapeutique ne paraît pas moins intéressant à retenir. Phillips est très affirmatif sur les résultats obtenus ; quelques-uns des cas de soulagements qu'il signale, en particulier dans la dysménorrhée, sont vraiment fort remarquables.

(*Gaz. des hôpitaux*, d'après le *Med. Rec.*)

CORPS ÉTRANGER DANS L'UTÉRUS,

Par le Dr O. BURGER (*Deutsche med. Woch.*, 1891, n° 5.)

Une femme qui se trouvait au troisième mois d'une grossesse, s'était introduit dans l'utérus une épingle à cheveux avec l'espoir de se faire avorter. Il lui fut impossible de retirer l'épingle. Dans la nuit qui suivit elle avorta. Douze jours plus tard elle se plaignit de légères douleurs de ventre, dans la région vésicale. La miction était douloureuse. Les urines contenaient un peu de sang. On procéda à l'abaissement du col, et sans dilater le canal, on réussit à saisir le

corps étranger au niveau de l'orifice interne et à l'extraire. Marche apyrétique.

(*Gaz. méd. de Paris.*)

E. RICKLIN.

CORPS ÉTRANGER AYANT SÉJOURNÉ 30 ANS DANS LE VAGIN,

Par le Dr SZIPETHY (*Orvosi Hétlap*, 1890, n° 52).

Une femme de 45 ans éprouvait des douleurs dans la région de la vulve ; à ce niveau elle sentait un corps arrondi qui faisait saillie au dehors ; il s'agissait sans doute d'un prolapsus utérin. Sur les conseils d'une matrone, elle s'introduisit dans le vagin une pelote de fil, de la grosseur d'un petit poing, et préalablement trempée dans de l'eau chaude. A partir de là elle se trouva débarrassée de ses souffrances, et pendant trente années elle conserva le corps étranger dans le vagin, sans aucune incommodité. Un jour, à la suite de grandes fatigues, cette femme qui avait alors 75 ans, sentit le corps étranger se déplacer et elle ne put le ramener en bonne position. On procéda à son extraction, ce qui n'eut pas lieu sans difficulté ; c'était une masse piriforme, d'un brun jaunâtre, couvert de mucus, mesurant 18 centimètres de pourtour au niveau de sa moindre épaisseur.

VARIÉTÉS

Un mot de curé parlant d'une femme qui accouche tous les ans : « Cette femme est comme un confessionnal, il y a toujours du monde ».

(*Lyon Médical*).

LA FEMME A LA CASERNE COMME MOYEN PROPHYLACTIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — Les maladies vénériennes sont assez fréquentes dans les armées. En France, le coefficient a beaucoup diminué depuis vingt ans. La morbidité vénérienne n'était dans ces dernières années que de 51,6 p. 1,000 dans l'armée française. Elle n'est même que de 14 p. 1,000 dans le corps d'armée de Lyon.

Cette diminution tient, croyons-nous, à ce que les soldats fréquentent les maisons dont les filles sont soumises à la visite sanitaire.

Dans l'armée coloniale néerlandaise, les vénériens sont fort nombreux (211 atteints de syphilis ou de chancres sur 1,000 hommes d'effectif.) Pour remédier à cet état de choses, on eut recours à la mesure suivante.

Chaque soldat eut à la caserne une femme indigène. Ces femmes, soumises à la discipline militaire, traitées dans les hôpitaux de l'armée sont, en cas de mobilisation, réunies par compagnie. En 1880, l'effectif féminin de l'armée était de 10,130 femmes, en regard de 30,173 soldats. Depuis cette mesure, les maladies vénériennes (blennorrhagies non comprises), sont descendues au chiffre de 175 p. 1,000 hommes.

(*Lyon médical*).

INSTITUT DE MÉDECINE POUR LES FEMMES. — Le gouvernement impérial de Russie a adopté un projet de loi portant création à Saint-Petersbourg d'un institut exclusivement réservé aux femmes.

Cet institut sera placé dans le ressort du ministère de l'instruction publique. Son but sera de donner aux femmes une instruction médicale qui les rende surtout aptes au traitement des personnes de leur sexe et des enfants.

Les étudiantes seront astreintes, en outre du cours régulier qui durera quatre années, à faire, pendant un an au moins et trois ans au plus, le service interne dans une clinique pour les femmes. A la fin des études, elles recevront un diplôme de « femme-médecin » leur accordant la faculté de pratiquer leur art, dans toute l'étendue de l'empire, au même titre que les autres docteurs. Les municipalités seront autorisées à leur confier le service de santé dans le ressort de leur juridiction, ainsi que la direction de leurs hôpitaux, dispensaires et ambulances.

Le conseil municipal de Saint-Petersbourg a, dès aujourd'hui, voté une subvention annuelle de 15,000 roubles, offert un corps de logis de l'hôpital Oboukhow et autorisé l'accès de tous les autres hôpitaux de la ville pour les études cliniques des étudiantes.

(*Rev. de théér.*)

POURSUITES CONTRE UNE SAGE-FEMME A CAUSE DE SYPHILIS SUR LES NOURRICES. — Dans le dernier numéro du *Zietschr. f. Mediz.*, le doct. L. Léo, de Bon, rend compte d'un intéressant procès intenté à une

sage-femme. Suivant une très ancienne coutume, cette sage-femme avait employé une vieille femme sans dents comme « tèteuse patentée » ; quand une accouchée avait les seins trop gonflés et que l'enfant ne parvenait pas à les vider, cette spécialiste débarrassait elle-même la nourrice du lait en excès. Malheureusement, en 1884 et 1885, quatre femmes furent atteintes de syphilis, après que la vieille eut sucé leur lait, et l'on a constaté alors qu'elle avait mal à la bouche ; bientôt la maladie atteignit deux des maris ainsi que plusieurs nouveau-nés et causa certainement la mort de l'un de ceux-ci.

Dès que ces faits furent connus des autorités, la sage-femme fut poursuivie pour blessures corporelles par négligence. Quant à la tèteuse, elle ne fut pas inquiétée.

Le collège médical rhénan consulté fut d'avis que la sage-femme devait connaître le danger qu'il peut y avoir à faire têter une femme par une autre personne et qu'il y avait eu imprudence de sa part. Dans le manuel à l'usage des sages-femmes, il serait recommandé de se servir en pareil cas d'un bout de sein en verre. Le Tribunal, en conséquence, condamna la sage-femme à six mois de prison.

Celle-ci interjeta appel. La cour ordonna alors une nouvelle enquête, sous prétexte qu'il n'était pas démontré : 1° que l'inculpée eût eu connaissance de l'état de la bouche de la tèteuse, et 2° que même avec une attention suffisante, il lui eût été possible de reconnaître l'existence d'accidents contagieux.

L'inculpée fut acquittée pour ce motif que la syphilis des lèvres est une maladie assez rare pour que l'idée d'un danger d'infection par cette voie puisse ne pas venir à l'idée d'une sage-femme. D'ailleurs, dans les anciens manuels mis entre les mains des sages-femmes, le procédé en question serait formellement recommandé ; dans les nouveaux, il ne serait pas expressément défendu.

BIBLIOGRAPHIE

Emile Vial. La vie dans le monde. Rôle du fer dans l'organisation, Paris, Masson, 1891.

- I. De la méthode hypodermique des injections sous-cutanées comme méthode de traitement dans certains cas de chloro-anémie et de tuberculose pulmonaire,** par le D^r E. Boisson, Sceaux, 1891.

- III. **Tratamento dos tumores do utero pelo**, D^r CARLOS GREY, Rio-de-Janeiro, 1891.
- IV. **Du curettage de l'utérus, sa technique et sa valeur**, par le D^r BERLIN (de Nice). Paris, Doin, 1892, in-8° de 94 p. (*sera analysé*).
- V. **Gravelle urique et phosphatique chez la même malade**, par le D^r GASTON GRAUX, Paris, Alcan Lévy, 1891.
- VI. **Etude historique sur les organes génitaux de la femme, la fécondation et l'embryogénie humaines depuis les temps les plus reculés jusqu'à la renaissance**, par le D^r GABRIEL PEILLON. Paris, Berthier 1891 (*sera analysé*.)
- VII. **Application de la méthode antiseptique aux accouchements**, par le D^r JUST LUCAS CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Paris, Coccoz, 1891.
 Nous recommandons vivement la lecture de cette intéressante publication qui donne l'exposé fidèle et très bien présenté des procédés antiseptiques mis en usage dans les services de MM. Tarnier, Budin, Bar, Maygrier, Champetier de Ribes, Pinard, Guéniot et Porak. C'est une excellente revue dont il nous est impossible de donner l'analyse, car, en pareille matière, ce sont les petits détails de la pratique des auteurs cités qu'il importe avant tout de connaître beaucoup plus que de savoir le nom de l'antiseptique préféré par chacun d'eux.
- VIII. **Traité théorique et pratique du massage**, par le D^r G. NORSTROM (2^e éd. entièrement refondue) Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.
- IX. **De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse des maladies**, par le D^r POUCEL, chirurgien des hôpitaux de Marseille. Paris, Lecrosnier et Babé, 1891 (*sera analysé*).
- X. **La myopie, sa pathogénie et son traitement**, par A. FERRET (2^e éd.) Paris, Société d'éditions scientifiques.
- XI. **Traité du glaucome**, par A. FERRET, ancien médecin adjoint de la clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts, etc., Paris. Société d'éditions scientifiques.
- XII. **De l'extraction du tympan et d'une partie de la chaîne des osselets dans l'otite muqueuse sèche**, par le D^r C. NIOT, Paris, Doin, 1891.
- XIII. **Discussion sur les services de désinfection à Paris**, par M. le D^r A. MOUTIER. Extrait de la *Revue d'hygiène*. Paris, Masson, 1891.
- XIV. **Neurasthénie et goutte hypoazoturiques, leur traitement par les eaux d'Evian**. Paris, Masson, 1891.
- XV. **Topographie et examen clinique du bassin chez la femme rachitique**, par le D^r E. BONNAIRE, accoucheur des hôpitaux. Paris, Coccoz, 1892 (*sera analysé*.)
- XVI. **Etude sur l'exalgine d'après des observations prises à l'hôpital Lariboisière**, par M. le D^r EMILE DÉSIRÉ. Paris, Société d'éditions scientifiques.
- XVII. **Contribution à l'étude du traitement de l'albuminurie et de l'éclampsie puerpérale**, par le D^r DUBOST. Paris, Steinheil, 1891.
-

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

1. — Du diabète chez les femmes enceintes. — Le diabète peut apparaître chez la femme à l'occasion de la grossesse, diabète vrai qu'il ne faut pas confondre avec la glycosurie normale chez les femmes enceintes ou les nourrices.

Le diabète peut préexister à la grossesse, qui vient l'aggraver, ou il peut débiter au cours de la grossesse. Dans l'un et l'autre cas, il peut offrir une marche suraiguë, s'accompagner d'une polyurie et d'une polydipsie des plus intenses et aboutir à la mort par le coma au bout de quelques semaines ; d'autres fois, moins grave, il permet à la grossesse de suivre son cours. Le diabète qui a débuté pendant la grossesse peut, après l'accouchement, persister et continuer à évoluer de la manière habituelle. D'autres fois, il se produit dans les jours qui suivent l'accouchement une amélioration très marquée et très brusque qui peut aller jusqu'à la disparition complète de la glycosurie. Une nouvelle grossesse est généralement le signal d'un retour ou d'une nouvelle aggravation du diabète. Il peut y avoir là un véritable diabète intermittent.

Le diabète influence puissamment la grossesse. Il est fréquent, chez les diabétiques, de voir la grossesse se terminer par un avortement ou par l'accouchement avant terme d'un enfant mort. Dans ces conditions, quand le fœtus a succombé au diabète maternel, il s'agit d'un diabète grave qui a de grandes chances de se terminer fatalement à brève échéance pour la mère aussi.

On peut donc dire que, chez les femmes enceintes, le diabète offre une gravité considérable, et cela d'autant plus que, dans ces circonstances, il est très peu influencé par le régime.

(*Medical News*, 10 oct. 1891.)

* * *

2. — Du traitement des fibromes utérins par la castration ovarienne. (M. RAYMOND, de Limoges.) Les trois faits que j'ai à mon actif m'ont montré que la disparition totale des
Revue des Maladies des Femmes. — JANVIER 1892. 4

fibromes utérins peut être obtenue par la castration ovarienne. Dans les fibromes petits et moyens, on doit toujours tenter la castration ovarienne, surtout lorsqu'il y a des douleurs et des hémorrhagies. Même dans les cas de fibromes volumineux, la castration doit être faite, sauf ensuite à pratiquer l'hystérectomie, si des accidents ultérieurs surviennent et si l'on n'a obtenu aucun résultat. Il faut faire exception pour les fibromes ayant un pédicule très mince et se rapprochant des kystes de l'ovaire, au point de vue opératoire.

3. — Hémorrhôides pendant la grossesse. (BUDIN.) — Il faut lutter contre la constipation. Ne pas craindre les purgatifs quand ils sont nécessaires. 10 à 20 grammes de sulfate de soude. Contre les douleurs, repos dans la position horizontale. Lotions avec l'eau chaude à 50°.

Pendant le travail, il faut s'efforcer d'empêcher la production d'une déchirure du périnée. Dans certaines circonstances, il est nécessaire de rappeler le flux hémorrhôidaire.

Dujardin-Beaumetz préconise la formule suivante :

Beurre de cacao.....	1 gramme.
Tartre stibié.....	0 gr. 15 à 0 gr. 30 c.

Pour un suppositoire.

4. — Potion contre la broncho-pneumonie infantile.
(J. SIMON.)

Acétate d'ammoniaque.....	0 gr. 50 cent.
Alcoolature de racine d'aconit....	XV gouttes.
Sirop de codéine.....	5 à 8 grammes.

F. s. a. une potion, à donner par cuillerée, d'heure en heure, aux enfants, au début de la broncho-pneumonie. — Enveloppement des jambes avec des feuilles d'ouate, cataplasme sinapisé sur le thorax, vomitif. — Plus tard, pendant la période d'état, on prescrit un vésicatoire qui, laissé en place deux ou trois heures seulement, est alors remplacé par un cataplasme émollient. Il est bon d'entretenir des vaporisations d'eau chaude dans la chambre du malade.

5. — **Le traitement des fibromes de l'utérus**, par le docteur ROHÉ, de Baltimore (*The Times and Register*, 22 novembre 1890.) — M. Rohé est loin d'être un partisan de l'emploi exclusif du procédé d'Apostoli, dans le traitement des fibro-myomes de l'utérus, mais il est d'avis qu'il faut accorder la préférence à la galvanisation intra-utérine, dans les cas où un fibrome volumineux obstrue tout le bassin, déterminant de violentes douleurs, des phénomènes de compression et des hémorrhagies profuses. En pareil cas, un traitement par l'électricité, poursuivi pendant deux et trois mois, peut éviter à la malade une opération grave, menaçant la vie, et la mettre en état de mener une existence supportable, mais sans lui assurer la guérison.

* * *

6. — **Albumine pour le pansement des gerçures du sein**. — D'après M. von Allen (*Wiener medicin. Presse*, 1891, n° 52, p. 1990), un des meilleurs remèdes qu'on puisse employer contre les gerçures du sein consiste à badigeonner les surfaces à vif avec du blanc d'œuf. Les douleurs sont calmées instantanément; guérison en l'espace de quelques heures.

* * *

7. — **Lavement purgatif**. (M. W. PORTER.)

Extrait de fiel de bœuf.....	25 grammes.
Glycérine.....	100 —
Huile de ricin.....	50 —
Eau.....	25 —

Mélez, pour un lavement qu'on prépare, en versant tout le contenu du flacon dans un demi-litre ou un litre d'eau de savon chaude. D'après M. le Dr Porter (de New-York), ce lavement serait très efficace contre la constipation habituelle et le météorisme intestinal. Il rendrait aussi des services dans la fièvre typhoïde et autres maladies où il est nécessaire de bien débarrasser l'intestin des matières fécales.

* * *

3. — **Traitement des palpitations de l'âge critique**. — KISCH a observé des cas nombreux de tachycardie survenant chez

les femmes à l'époque de la ménopause. Ces accidents apparaissent rarement après la cessation complète des règles, plus fréquemment au moment où les règles commencent à devenir irrégulières, peu abondantes ; ils s'annonçaient par des palpitations chez des sujets indemnes jusqu'alors des troubles de cette nature. Ces palpitations revenaient d'abord sous l'influence des efforts, puis au moindre mouvement, et enfin même au repos. Ils s'accompagnaient de sensation, de défaillance, d'oppression thoracique, de battements violents des carotides et de l'aorte abdominale. Bientôt survenaient des vertiges, des tintements d'oreilles, des céphalées et parfois on voyait se produire des syncopes.

On trouvait alors le pouls extrêmement rapide, battant de 120 à 150 pulsations au moins à la minute, ample d'ailleurs, régulier et bien frappé. L'auscultation du cœur indiquait également une accentuation manifeste des bruits au cœur. Parfois survenaient sur la poitrine et au visage des plaques érythémateuses fugaces, s'accompagnant d'une vive sensation de chaleur.

Les crises de tachycardie reparaissaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, parfois plusieurs fois par jour et duraient de quelques minutes à un quart d'heure. Elles ne coïncidaient pas avec un état anémique du sang, comme le veulent Clément et Boerner, et l'auteur a vu, au contraire, dans la plupart des cas, une augmentation notable du taux de l'hémoglobine.

Clément a constaté quatre cas de tachycardie de la ménopause ; Moor, un cas ; l'auteur ajoute vingt-huit observations du même ordre.

L'affection ne comporte pas un *pronostic* funeste ; elle peut durer quelques semaines ou persister pendant deux ans. Souvent elle évolue pendant tout le temps de la ménopause, ne cessant que lorsque les règles ont complètement disparu ; rarement, elle survit à la ménopause.

L'emploi fréquent de purgatifs légers a donné à l'auteur d'excellents résultats dans le traitement de cette tachycardie. On peut y joindre le séjour à la campagne, une nourriture légère, et prescrire un repos presque complet avec hydrothérapie. Le bromure de potassium à petites doses produit de même les meilleurs effets.

(Annal. gyn.)

9. — Sur l'abus de la désinfection des organes génitaux externes chez les femmes bien portantes. — M. AXMANN est placé depuis trente ans à la tête de la Maternité d'Erfurth; en se basant sur les résultats de son observation personnelle, il se rallie à la thèse défendue aujourd'hui en Allemagne par bon nombre d'accoucheurs et qui consiste à voir de sérieux inconvénients dans l'abus qu'on tend à faire des injections de sublimé et d'acide phénique chez les femmes bien portantes. A la Maternité d'Erfurth, toute femme grosse qui va subir une exploration est préalablement baignée, puis on lui fait une injection avec de l'eau chaude (25°). On ne permet aux élèves sages-femmes de pratiquer le toucher qu'une fois qu'elles sont bien familiarisées avec ce genre d'exploration, par les exercices du mannequin. Quant au reste, *le sublimé et l'acide phénique sont considérés comme des toxiques d'un emploi très dangereux entre les mains inexpérimentées.*

Les résultats constatés à la Maternité d'Erfurth, depuis qu'on procède comme il vient d'être dit, sont d'ailleurs excellents. Sur un total de 1,187 femmes gravides ou parturientes qui ont servi à l'instruction des élèves, 46 seulement ont présenté des élévations de température au-dessus du niveau physiologique. D'autre part, sur 59,041 accouchements faits par les sages-femmes dans le district d'Erfurth, de 1882 à 1886, 153 ont présenté des affections puerpérales et 76 on succombé, ce qui donne un taux de morbidité de 3,26 0/00 et un taux de mortalité de 1,28 0/00 ! (*Revue de thérap.*)



10. — Les longues irrigations d'eau chaude contre les métrorrhagies persistantes et les métrites, par le Dr BEUGNIES-CORBEAU. — Je fus forcé dernièrement d'avoir recours à un singulier moyen pour vaincre une métrorrhagie qui avait déjoué toutes mes tentatives d'hémostase. Il s'agissait d'une nullipare atteinte d'une métrite due à un coup de froid pendant l'époque des règles, avec arrêt subit de l'écoulement sanguin, arrêt suivi de violentes douleurs utérines, et, quinze jours plus tard, d'une débâcle hémorrhagique, qui sept semaines durant, me tint en échec. La femme avait un écus situé très haut, en état de légère antéversion, et un vagin très court; de sorte que sur une vingtaine de tentatives, je ne parvins à ne passer que deux fois la sonde intra-utérine, au prix de mille dif-

ficultés. Ces deux fois où je pus introduire un large courant d'eau chaude coïncidèrent avec une courte cessation de la perte sanguine. Des irrigations vaginales chaudes étaient faites matin et soir. A l'intérieur, la série des médicaments prétendus hémostatiques : ergotine, perchlorure de fer, teinture d'hamamelis, etc. Comme variantes, j'exécutais, à divers intervalles, trois tamponnements vaginaux. Puis un jour, ayant remarqué qu'après une irrigation vaginale d'une demi-heure à l'eau chaude, ma sonde était serrée étroitement par le vagin, en état d'occlusion complète, je résolus d'utiliser cette remarque, en instillant une irrigation d'eau chaude, que je fis durer trois heures et demie. Un seau, muni contre son fond d'un petit robinet, fut suspendu à la muraille. A l'intérieur du seau un thermomètre marquant la température. Notre irrigation commença à 40°, puis successivement atteignit 44, 46, 48, enfin pendant toute la dernière demi-heure 52°.

Résultat : *hémostase parfaite et définitive*. Il y eut quelques tranchées utérines qui disparurent au bout de vingt-quatre heures. Quant à la métrite initiale, moins de huit jours plus tard il n'en était plus question. L'eau chaude, astringent énergique, avait fait disparaître en somme l'effet et la cause.

11. — L'emploi simultané de la teinture de strophantus et du fer dans les cas d'anémie chronique consécutive à des hémorrhagies utérines, par le Dr L. VACZI. (*Medicinische Chirurgische Rundschau*, 1891, n° 20, p. 765.) — Pour éviter les inconvénients bien connus de l'administration prolongée des ferrugineux, dans les cas d'anémie aiguë post-puerpérale, M. Vaczi prétend qu'il suffit d'associer à la médication martiale l'administration interne de la teinture de strophantus. C'est du moins ce qu'il croit avoir constaté. Il prescrivait des pilules de sous-carbonate de fer, à prendre au nombre de trois par jour après les repas, et en outre la mixture suivante :

Rec. Teinture de strophantus.....	}	à 5 parties.
Eau d'amande amère.....		

M. — A prendre 3 fois par jour 10 gouttes.

12. — L'hydrastinine dans le traitement des hémorrhagies utérines, par le Dr CZEMPIN. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1891, n° 45, p. 905.) — L'efficacité de l'hydrastis canadensis dans le traitement de certaines formes de métrorrhagies est universellement reconnue par les gynécologues. On sait aussi que l'action de l'hydrastis est cumulative, en raison de quoi le médicament agit peu ou d'une façon incertaine contre une hémorrhagie déjà existante, tandis qu'on en obtient de bons résultats lorsque le médicament est administré pendant les douze ou quinze jours qui précèdent l'époque présumée d'une hémorrhagie prévue. C'est le côté faible de l'hydrastis canadensis qui n'est, en somme, qu'un remède palliatif, efficace contre l'élément hémorrhagie, sans action sur la maladie qui occasionne les pertes de sang. Mais cette efficacité palliative n'en est pas moins précieuse, quand elle s'exerce contre les hémorrhagies profuses entretenues par un myome utérin, par une endométrite, ou en rapport avec ce qu'on appelle l'âge de retour.

D'autre part, on a tiré de la racine d'hydrastis canadensis un alcaloïde, l'hydrastine, dont il a déjà été question dans ce recueil, et qui, soumis à une oxydation lente, se dédouble en un acide appelé opianique, dépourvu de toute activité physiologique, et en une base connue sous le nom d'hydrastinine. MM. Freund et Falk, sous la direction de M. Langgard, ont étudié parallèlement les propriétés physiologiques de l'hydrastine et de l'hydrastinine. Nous rappelons (1) que, d'après ces recherches, l'hydrastinine (chlorhydrate) produit une élévation de la pression intra-vasculaire plus considérable que ne le fait l'hydrastine, et que la première de ces deux substances n'est pas, comme la seconde, un poison du cœur.

De son côté, M. Czempin a pu constater que l'hydrastinine se prête mieux que l'hydrastine au traitement prophylactique des hémorrhagies utérines, et que son action thérapeutique est aussi plus durable. Il a prescrit le médicament sous forme de pastilles ainsi composées :

Rec. Chlorhydrate d'hydrastinine...	0 gr. 025
Sucre blanc.....	1 gramme.

Pour f. a. e. une pastille. Faire douze pastilles semblables. — Dose, fois par jour une pastille.

Sur les conseils de M. Freund, M. Czempin a également administré

(1) Pour les détails, voir *Revue de Thérapeutique*, 1890, n°5, p. 53.

l'hydrastinine enrobée dans des capsules gélatineuses contenant chacune 0 gr. 025 de substance médicamenteuse.

Les pastilles étaient prises tantôt trois ou quatre jours avant l'époque présumée d'une hémorrhagie, tantôt à une époque où l'hémorrhagie était déjà en cours. Dans la plupart des cas, il a suffi de faire prendre 4 au plus 5 capsules par jour pendant deux ou trois jours, pour obtenir l'arrêt de l'hémorrhagie. Quand l'effet voulu n'était pas obtenu avec ces doses, il était superflu de pousser au delà ; le médicament se montrait inefficace.

Dans certains cas, l'efficacité du médicament a été éclatante ; ainsi chez trois femmes dont l'âge était compris entre 24 et 33 ans, affectées d'une endométrite hémorrhagique avec écoulement purulent très abondant. L'utérus était légèrement augmenté de volume ; les annexes étaient saines chez deux des femmes. La troisième avait une oophorite chronique à droite, qui avait laissé subsister des adhérences entre l'ovaire et le plancher du bassin. Dans les trois cas, le traitement fut institué le soir du premier jour d'une période menstruelle profuse ; dans les trois cas, l'hémorrhagie s'était arrêtée le lendemain. Les trois femmes ont été dans la suite soumises à un traitement dirigé contre leur endométrite.

Cette médication a été expérimentée en tout dans 52 cas, dont il y a lieu de défalquer 5 cas qui ne peuvent se prêter à un jugement valable. Dans les 47 cas restants, il s'agissait 12 fois d'une endométrite consécutive à une affection des annexes ; dans 5 de ces 12 cas, l'effet de la médication a été peu satisfaisant, en ce sens que l'hémorrhagie utérine a été relativement lente à se tarir, ou que s'étant arrêtée elle s'est reproduite dans la suite. Dans 2 cas, l'effet de la médication a été une première fois satisfaisant, puis une autre fois moins bon chez une même femme. Enfin 2 fois le résultat a été totalement négatif.

Dans 20 cas, les métrorrhagies avaient pour cause une endométrite chronique ; 13 fois l'effet de la médication a été satisfaisant, 6 fois il a été moyennement bon, 1 fois le résultat a été négatif.

Dans 4 cas de myome, le résultat a été constamment négatif.

Dans 11 cas, il y avait en cause un état congestif de l'utérus, consécutif 2 fois à une grossesse (résultat très satisfaisant), 2 fois à un avortement (résultat mauvais) ; les 7 autres fois, l'état congestif de l'utérus était en rapport avec des circonstances variables ; 3 fois la médication a donné de bons résultats et 2 fois elle a échoué.

M. Czempin ajoute que jamais la médication n'a produit des effets fâcheux.

En résumé, l'hydrastinine est toujours inefficace contre les métrorrhagies qui, pour se tarir, exigent que les fibres musculaires de l'utérus entrent en contraction, ainsi dans les cas où il y a arrêt de l'involution utérine, dans les cas d'hémorrhagies atoniques consécutives à un avortement.

Par contre, le chlorhydrate d'hydrastinine est souvent d'une grande efficacité palliative contre les métrorrhagies en rapport avec une affection des annexes, la muqueuse utérine étant en état d'intégrité, et dans les cas d'une affection catarrhale chronique de l'utérus, avec tendance aux ménorrhagies ou aux métrorrhagies atypiques.

(Rev. de Thér. gén. et therm.)

13. — Traitement mécanique de la constipation. —

FEILCHENFELD a employé la méthode suivante dans la constipation accompagnée de météorisme et de relâchement des parois intestinales. On fait faire un coussin dans lequel on insère trois à quatre livres de grains de plomb qu'on répartit également en plusieurs couches d'ouate ; on le façonne de telle sorte qu'en s'adaptant à la forme de l'abdomen il puisse exercer une pression égale et vigoureuse. L'auteur a ainsi fait placer sur le ventre le soir ou le matin, ou même toute la nuit, des sortes de coussins qui doivent être fixés à l'aide de courroies. Habituellement une heure à une heure et demie d'application suffit pour amener une selle régulière. Depuis un an l'application de coussins a été faite sur 15 malades qui, tous, s'en sont très bien trouvés. Il suffit de l'employer une demi-heure le matin avant le lever pour obtenir un excellent résultat.

Dans quelques cas de constipation chez des hémorroïdaires, des selles ont été obtenues sans qu'il y ait eu de la tympanite. Sans doute la pression exercée sur l'abdomen a une action favorable sur les veines turgescentes de l'intestin.

(Le Mouv. thérap.)

14. — De l'examen et de la diététique des femmes enceintes et nouvellement accouchées, par le docteur

LANDAU (*Berlin, klinische Woch.*) — Doit-on, par une diététique spéciale, préparer l'acte de l'accouchement chez les femmes grosses ? Les classiques disent non. Ernest Brand défend tout ce qui peut favoriser l'accumulation de graisse, par conséquent le sucre, les aliments farineux et gras.

Chez les femmes grosses, à filière génitale étroite, peut-on, par une diététique spéciale, exercer une influence sur le développement du fœtus ? Prochownik (*Centralblatt für Gynecol.*, XIII, p. 577, 1889) l'a essayé dans trois cas avec succès, au lieu de recourir à l'accouchement prématuré artificiel. Les trois enfants se portent encore bien. La diète prescrite par Prochownik se rapproche de celle des diabétiques, sauf la limitation étroite des boissons.

En tout cas, il faut être prudent dans la prescription de cette diététique, parce qu'on connaît les accidents produits parfois par les cures de réduction chez les adultes.



15. — Traitement antiseptique de la métrite aiguë.

— Deux indications à remplir : 1° rétablir le calibre du canal cervical oblitéré par la muqueuse enflammée ; 2° réaliser l'antisepsie utérine. Dans le service de M. LABADIE-LAGRAVE, à la Maternité, voici comment on y satisfait :

Première indication. Restituer au canal cervical son calibre. — 1° On commence par rendre le vagin aseptique par des injections bi-quotidiennes avec la solution de sublimé aux deux millièmes :

2° Dilatation avec la laminaire préalablement rendue aseptique par un séjour dans une solution de sublimé à 1 pour 1000, et suivie d'une irrigation antiseptique. Tamponnement vaginal avec le coton hydrophile au sublimé. Répéter la dilatation quotidiennement, jusqu'à rétablissement du calibre du canal.

Deuxième indication. Réaliser l'antisepsie utérine. — Dans ce but, tamponnement quotidien avec des bandelettes de gaze iodoformée, larges de deux centimètres et imbibées de glycérine créosotée au tiers.

Cette médication convient seulement quand la métrite n'est pas ancienne et qu'il est possible de mettre le topique antiseptique en contact avec tous les points de la muqueuse. Autrement, il y a indication de pratiquer le curetage.



16. — Sur l'usage de l'aristol dans le carcinome du col de l'utérus. — Sans croire à une vertu curative de l'aristol sur le carcinome en général, le Dr Eug. ARCOLEO, de Palerme, se fondant sur des faits cliniques, pense que l'aristol est un moyen thérapeutique digne d'être mis en usage dans le traitement symptomatique du carcinome du col utérin. Après l'avoir employé, pour des cas de ce genre, en insufflations quotidiennes, il reconnaît avoir toujours obtenu une diminution sensible et rapide : 1° de la douleur ; 2° du nombre et de la fréquence des hémorrhagies ; 3° de la sécrétion ickyoreuse ; 4° de l'odeur repoussante particulière à cette sécrétion. De plus, comme l'action de ce médicament est absolument locale et qu'il ne s'absorbe pas, il n'y a jamais à craindre d'effets toxiques. (*Riforma medica.*)



17. — De quelques substances employées dans les affections génitales de la femme, par le Dr KEIFFER. — Le *Lysol*, introduit récemment comme antiseptique dans la pratique gynécologique, semble offrir des avantages sérieux sur d'autres antiseptiques, tels que l'acide phénique, la créoline, le sublimé, surtout dans la pratique courante de la clinique.

Mais avant de vous donner quelques résultats d'expériences, il est utile de vous renseigner sur la chimie de ce nouveau corps.

Son origine et quelques-unes de ses propriétés ont été exposées à la Société de thérapeutique de Paris, dans sa séance du 28 octobre 1891, par MM. Petit, Bardet et Delplanque.

Pour obtenir le lysol, on se sert des huiles de houille qui distillent entre 198° et 200° ; il ne contient donc pas d'acide phénique, puisque ce corps bout à 192° ; c'est un mélange de méta et de paracrésylol, ce dernier s'y trouvant en plus forte proportion ; une autre partie du lysol, la moitié environ, est formée de savons. Considérée au point de vue antiseptique, l'acide crésylique serait quatre ou cinq fois plus actif que l'acide phénique, notamment sur les bactéries du charbon.

Si l'on veut stériliser des cultures du bacille typhique, il est nécessaire d'employer cinq fois plus d'acide phénique ou de créoline que l'acide crésylique et surtout de lysol.

Ce corps est donc un antiseptique puissant qui possède encore l'avantage d'être moins toxique que l'acide phénique. (Delplanque.)

Il possède aussi celui de saponifier les graisses.

C'est une substance brune, soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther. Elle s'y dissout immédiatement et forme avec l'eau un liquide blanc laiteux opalescent.

Son odeur est assez forte et rappelle celle du goudron; elle est malheureusement assez persistante.

Je me suis servi pendant quelque temps de solutions de lysol à 1 et 1/2 p. 100 à la *Policlinique gynécologique* de la rue Saint-Jean sans aucun autre antiseptique et j'ai pu remarquer qu'elles conviennent admirablement pour les injections faites dans le vagin soit pour le débarrasser des sécrétions de l'appareil uro-génital, soit pour le dégraisser lorsque les femmes avaient été soumises au toucher à la vaseline. Le lysol convient également pour la désinfection des parties génitales externes avant une opération, avant un accouchement normal ou nécessitant des manœuvres.

Il n'a pas l'action astringente des solutions phéniquées et alunées sur les muqueuses, et si l'injection a été faite préalablement au toucher, il est inutile de se graisser les doigts pour pratiquer ce toucher, car même en solution faible, le lysol est un lubrifiant parfait. Il en résulte qu'il ne faut plus enduire les spéculums de savon mou ou d'un corps gras quelconque, ce qui simplifie d'autant la technique.

Au moment de l'accouchement, si l'on doit pratiquer de nombreuses explorations pour déterminer la présentation, le lysol est d'une utilité incontestable parce qu'il lubrifie les tissus tout en les désinfectant. On peut pour cela tout aussi bien tremper un ou plusieurs doigts dans une solution de lysol que dans de l'huile.

La sortie de la tête et la rotation de celle-ci sont de plus facilitées, et je pense que la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés n'y perd rien.

Il sera curieux à cet égard d'examiner plus tard les résultats statistiques de l'emploi du lysol en obstétrique.

J'ai été surpris de voir quelle action favorable avaient ces injections sur les ulcérations superficielles de la muqueuse cervicale; elles agissent ici absolument comme les caustiques légers, tels que l'acide pyroligneux. Quant aux vaginites, elles ont été considérablement améliorées sous leur influence.

Le seul reproche qu'on puisse faire au lysol, c'est son odeur un peu

forte que les femmes ne supportent pas toutes ; et c'est ce qui fera que cette substance ne sera peut-être pas employée en clientèle privée ; mais ce qui est certain, c'est que dans la pratique clinique elle est aussi supportable que l'acide phénique et neutralise dans ce cas agréablement une odeur que je ne décrirai pas.

Le prix de revient du lysol est sensiblement le même que celui de l'acide phénique ; ce corps est cependant plus avantageux, puisqu'il est antiseptique en solution beaucoup plus faible et qu'il est immédiatement soluble dans l'eau ; il n'y a donc pas à le préparer à l'alcool ou à la glycérine.

Je dois ajouter encore que les mains du chirurgien ne souffrent nullement d'un usage prolongé de la substance. Bien plus, la peau se nettoie fort bien et s'assouplit à son contact.

M. le professeur Léopold vient d'inaugurer, à titre d'expérience, à la *Koeniglichefrauenklinik*, de Dresde, l'emploi du lysol dans tout son service d'obstétrique et de gynécologie, ne conservant le sublimé que pour les laparotomies. Il se propose d'écrire dans quelque temps le résultat de ses observations qui ne manqueront pas de nous intéresser, étant donné le vaste champ sur lequel se fera l'expérience.

Une autre substance qui a déjà subi bien des fluctuations au point de vue de la vogue dans le traitement des affections utérines, est l'Ichtyol.

Ce médicament a gardé surtout sa valeur en quelque sorte spécifique dans les cliniques où l'on fait de la gynécologie conservatrice. Il en existe encore heureusement de ce genre.

Peut-être l'ichtyol n'agit-il que préparé et appliqué d'une façon très spéciale ?

Toujours est-il que le docteur Léopold en a retiré et en retire chaque jour de très grands bienfaits surtout contre l'élément inflammatoire aigu et chronique et aussi contre l'élément douleur :

Dans les métrites du col, les paramétrites, dans les infections puerpérales, surtout lorsque l'utérus reste fixé en arrière, il se sert de suppositoires et tampons vaginaux suivant les formules que je m'empresse de transcrire ici :

P. Extract. bellad.....	0.03	P. Ammon. sulf. ichtyol...	10.0
Buttyr. cacao.....	2.00	Lanoline.....	25.0
M. f. glob. ou supposit. D. T.		Vaseline puriss.....	75.0
n° XXX.		Coumarine.....	0.3
D ^r LÉOPOLD.		Ol. berga. gutt. n° XXX.	
		M. pour tampons.	

L'hydrastis canadensis est un hémostatique de grande valeur dont l'usage semble se généraliser de plus en plus. En Allemagne l'hydrastis sous forme d'extrait fluide et l'hydrastine en injection sous-cutanée ont définitivement pris rang dans la thérapeutique de l'accoucheur et du gynécologue, soit pour arrêter les hémorrhagies dans les cas de fibro-myomes de l'utérus, soit contre les hémorrhagies *post partum*. Et dans ces cas, on les voit souvent agir merveilleusement là où l'ergotine est restée impuissante.

Je me sers actuellement de capsules renfermant 30 centigrammes d'extrait fluide d'hydrastis canadensis.

On n'était pas parvenu jusqu'aujourd'hui à encapsuler les extraits fluides, et comme il s'agit ici d'un médicament très pénible à prendre à l'intérieur, il y a là un véritable progrès à signaler.

Les hémorrhagies s'arrêtent après l'administration d'au moins trois de ces capsules et il faut parfois augmenter la dose jusqu'à six.

Les femmes supportent ordinairement bien le médicament et l'effet se produit un quart d'heure à une demi-heure après la prise.

L'hydrastine a une action plus rapide, surtout donnée en injection sous-cutanée, mais elle n'est pas aussi fidèle que l'extrait fluide. Cela provient-il de ce que tous les principes actifs de l'*hydrastis* ne se trouvent pas réunis dans le produit vendu sous le nom d'hydrastine ? Ou bien les alcaloïdes séparés agissent-ils différemment et d'une façon moins utile comme les alcaloïdes séparés de l'ergot de seigle ?

Toujours est-il que la différence d'action est manifeste et qu'il y a lieu d'espérer voir un jour une *hydrastinine* analogue à l'ergotinine.

(La Clinique.)



18. — Médicaments modificateurs de la sécrétion lactée. — On a attribué depuis longtemps déjà au *galega* des propriétés galactogènes surtout chez les animaux domestiques ; M. CARRON a entrepris d'une façon précise des expériences sur les femmes et il est arrivé à conclure de ses recherches que cette substance peut donner des résultats véritablement utiles.

Le *galega* est susceptible de tous les modes de préparation pharmaceutiques.

L'infusion, à la dose de 50 grammes de feuilles pour un litre d'eau

bouillante, a une couleur foncée jaune et l'odeur aromatique de la plante; l'extrait aqueux, préparé avec la plante fraîchement récoltée, paraît préférable et possède toutes les propriétés de la plante elle-même: on le prescrit à la dose de 1 à 4 grammes par jour, par fractions de 50 centigrammes à 1 gramme à la fois, en pilules, ou bien associé à des sirops médicamenteux, à des vins.

D'autre part, M. GUIBERT vient de publier un travail sur l'arrêt de la sécrétion lactée consécutive à l'administration de l'antipyrine.

Ce médicament rendrait de réels services dans le cas où l'on veut supprimer la sécrétion lactée des nouvelles accouchées.

Généralement, il suffirait d'administrer 2 grammes d'antipyrine par jour — un cachet de 25 centigrammes toutes les deux heures — pour que le résultat cherché soit obtenu.

Ce sont des médications inoffensives qu'on peut instituer sans crainte, mais dans lesquelles il convient de n'avoir qu'une confiance limitée.

(Revue médicale de Louvain.)

* * *

19. — **Potion contre les vomissements incoercibles.**

(RANDOLPH.)

Créosote.....	X gouttes.
Acide acétique.....	XX —
Sulfate de morphine.....	0 gr. 06 centig.
Eau distillée.....	30 grammes.

F. s. a. une solution, dont on administre deux ou trois cuillerées à café toutes les demi-heures.

FORMULAIRE

De la cure saline dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. (JULES CHÉRON.)

L'utilité des eaux salines chlorurées sodiques dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus n'est plus à démontrer. On sait qu'un nombre considérable de malades atteintes de fibromes voient leur

santé s'améliorer d'une façon remarquable par une cure à Salins (du Jura), Salins-Moutiers, Salies-de-Béarn (en France), à Bay (en Suisse), à Kreusnach (en Allemagne), etc. Je tiens seulement à insister à ce propos sur une contre-indication trop souvent méconnue des eaux salines dans le traitement de l'affection qui nous occupe : je veux parler des hémorrhagies. Toutes les malades qui ont des ménorrhagies ou des métrorrhagies non seulement ne retirent aucun avantage de la cure saline, mais encore sont plus malades après cette cure. J'ai vu le fait se produire trop souvent pour ne pas l'affirmer.

C'est surtout dans les fibromes avec péritonite partielle développée autour de la tumeur, c'est surtout chez les malades dont la nutrition est plus ou moins languissante que la cure saline est utile. Sous l'influence des bains salés, l'appétit se réveille, les forces augmentent, les digestions sont plus actives, la nutrition s'accélère, en même temps les exsudats pelviens se résorbent et les fibromes deviennent mobiles dans l'abdomen et par suite les sensations de pesanteur et de tiraillement éprouvées par les malades diminuent d'une façon notable.

C'est dans ces conditions bien précises que j'ai souvent conseillé aux malades de faire, tous les ans, deux ou trois cures de bains salés. Il n'est pas besoin pour cela de faire venir des eaux-mères des stations minérales dont je parlais plus haut.

Voici comment je procède :

Chaque cure se compose d'une série d'une vingtaine de bains quotidiens pris dans l'intervalle de deux époques menstruelles.

Le premier jour, on met un kilogramme de sel marin dans l'eau du bain ; on augmente la quantité de sel d'un kilogramme, tous les jours, jusqu'à 6 kilogrammes ; on maintient ce chiffre de 6 kilogrammes pendant les huit jours suivants, puis on revient progressivement à 1 kilogramme à la fin de la cure.

On peut faire une cure semblable tous les quatre ou cinq mois, suivant les cas.

Ces cures de bains salés améliorent très notablement l'état général des malades atteintes de tumeurs fibreuses et possèdent l'action résorbante la plus utile sur les pelvi-péritonites développées au voisinage de ces tumeurs. C'est donc une ressource thérapeutique qu'il ne faut pas négliger.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. OSTÉOMALACIE ET CASTRATION. — II. CAUSES DE L'AVORTEMENT A RÉPÉTITION. — III. RÔLE IMPORTANT DE L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME EN PATHOLOGIE.

I. — A la séance du 9 février de l'Académie de médecine, M. Guéniot a présenté une femme qui, à la suite d'une opération césarienne, a complètement guéri d'une ostéomalacie dont elle était atteinte auparavant. Au cours de l'opération on respecta soigneusement les trompes et les ovaires et on se contenta d'instituer un traitement hygiénique et reconstituant. Nos lecteurs savent qu'à l'étranger, et surtout en Allemagne, on préconise de plus en plus la castration ovarienne pour guérir l'ostéomalacie. C'est le traitement à la mode. Aussi devons-nous remercier M. Guéniot de nous montrer, par un exemple explicite, que l'ostéomalacie peut guérir sans qu'il soit nécessaire de faire subir à la femme aucune mutilation.

II. — M. le D^r Schuhl a consacré, dans la *Revue médicale de l'Est*, un article très détaillé à l'étude des causes de l'avortement à répétition. Ces causes sont multiples et peuvent se rattacher à la mère, au père ou à l'œuf lui-même.

Parmi les causes tenant à la mère, M. Schuhl cite l'habitude physiologique, c'est-à-dire que, en dehors de toute mala-

die, un premier avortement prédisposerait à des avortements ultérieurs.

Il faut s'empresse d'ajouter que l'auteur n'admet cette cause que sous toutes réserves et, à ce propos, il cite les observations très intéressantes d'avortement épizootique faites chez les animaux. On sait que certaines vaches, après avoir avorté une fois, avortent constamment dans la suite. Or, M. Nocard a constaté, dans ces cas, la présence, dans l'utérus, de certains micro-organismes qui n'existent que chez les animaux malades et qu'on retrouve, dans l'utérus, à tous les avortements ultérieurs. Pour nous, nous croyons que la plupart des avortements à répétition observés chez la femme, sont dus à une endométrite méconnue.

On comprend, en effet, que si la muqueuse de la cavité utérine est épaisse, congestionnée, hypertrophiée, elle ne permet pas à l'œuf de se greffer d'une façon solide, et l'avortement se produira à chaque grossesse, tant que la muqueuse n'aura pas repris sa texture normale. M. le Dr Chéron insiste beaucoup sur cette cause, trop souvent passée sous silence dans les traités d'accouchements, et il cite à l'appui des faits très concluants, observés dans sa clientèle. Il lui est arrivé, dans bien des cas, de voir des malades ayant fait une série d'avortements porter à terme après un curetage soigneux. En l'absence d'altérations de la muqueuse, c'est — mais le cas est plus rare — une exagération de la congestion gestative se produisant à chaque grossesse qui cause les avortements à répétition. Dans ces conditions, M. Chéron a pu conduire des grossesses à terme en faisant, pendant les 4 premiers mois de la grossesse, un traitement local destiné à diminuer la congestion utérine : quelques scarifications du col faites très superficiellement avec un scarificateur bien aiguisé ; des pansements glycéro-boriqués faits avec les précautions voulues en pareil cas non seulement n'ont présenté aucun inconvénient, mais encore ont empêché l'avortement habituel de se produire. Ceci dit, continuons l'analyse du travail de M. Schuhl.

L'hérédité est admise par certains auteurs qui supposent la

transmission d'une disposition aux hémorrhagies ou à l'irritabilité de l'utérus. Nous n'insisterons pas sur cette cause. Un examinateur demandait à un candidat de citer une maladie qui n'est pas héréditaire. — La stérilité, répondit-il. — Le juge dut se déclarer satisfait.

L'obésité, l'intoxication saturnine, l'intoxication par le tabac (discutée), l'intoxication mercurielle et l'alcoolisme sont des causes mieux établies. Mais c'est surtout la syphilis qu'il faut incriminer dans la plupart des cas, spécialement pendant les trois premières années de la maladie.

Le prurit vulvaire ou généralisé est une cause assez rare d'avortements à répétition. L'albuminurie et les affections cardiaques sont des causes beaucoup plus fréquentes.

Telles sont les causes générales tenant à la mère, quant aux causes locales, ce sont les malformations utérines, la métrite chronique, les fibromes utérins, la laxité du col (?), les déchirures du col (?), les déviations utérines et principalement les rétro-déviations.

Du côté du père, M. Schuhl signale les excès de coït, (qui entraîneraient la conception de fœtus peu viables), l'alcoolisme, le saturnisme et surtout la syphilis, enfin la tuberculose pulmonaire.

Du côté de l'œuf enfin, ce sont surtout les altérations du placenta qui sont incriminées.

Au point de vue du traitement, M. Schuhl fait remarquer que si les causes d'avortements à répétition sont nombreuses, elles ne sont pas toutes d'égale importance et il insiste surtout sur le traitement de la syphilis du père et de la mère et sur la réduction des rétro-déviations. Nous insisterons encore une fois sur l'importance de l'endométrite et sur celle de la congestion gestative exagérée, pour tous les cas où la syphilis ou l'existence d'une rétro-dévation ne peuvent être incriminés.

III. — En prenant possession de la chaire d'obstétrique de l'Université de Vienne, M. Schauta a fait sa leçon d'ouverture sur le rôle important de l'appareil génital de la femme en patho-

logie. Voici le résumé de cette intéressante leçon, tel que nous le donne le *Mois médical* (janvier 1892), d'après le *Med. chir. Rundschau* (1892, n° 12). Nous regrettons que l'auteur n'ait pas classé les faits suivant le mode pathogénique qui intervient dans chaque groupe de cas, mais nous ne pouvons aborder cette discussion dans notre revue d'aujourd'hui.

« Il n'est plus possible de nier l'influence de l'acte de l'accouchement sur l'activité du cœur dans les affections valvulaires; lorsqu'il existe de la dégénérescence graisseuse de l'organe, il se produit des cas de mort pendant cet acte; de plus, sous l'influence de la grossesse des dilatations variqueuses insignifiantes peuvent arriver jusqu'à produire un anévrysme cirsoïde. En outre, il faut rattacher à la grossesse les troubles gastriques donnant lieu à des vomissements incoercibles parfois périlleux pour la vie.

La moitié des cas d'atrophie jaune aiguë du foie observée chez la femme l'est pendant la grossesse; il faut également lui rattacher les anomalies résultant de l'état puerpéral, telles que le foie, la rate, les reins mobiles, anomalies produites par le relâchement de leurs moyens de fixité et de parois abdominales. De la même source proviennent certains accès de colique hépatique, la néphrite, l'ostéomalacie de la grossesse, enfin l'anémie pernicieuse d'origine génitale. Comme exemple de maladies qui peuvent être produites ou modifiées par l'état pathologique des organes génitaux de la femme, on peut donner la menstruation déviée sous forme d'hémoptysies, d'hématuries, d'hémorrhagies intestinales, vésicales, par le mamelon, par les gencives, par les conduits auditifs.

De plus, beaucoup d'affections des organes sexuels sont accompagnées de changements de position de l'utérus et de névroses de l'estomac. On observe des pancréatites aiguës dans les affections de l'appareil génital interne et souvent des hydronéphroses dans le carcinome de l'utérus; de plus, il y a de la compression des uretères à la suite des exsudats paramétriques; c'est parce que la dégénérescence graisseuse du cœur est fréquente au cours des myomes utérins que leur

enlèvement est parfois si aléatoire. En fait, quelles sont les relations de l'appareil génital aux maladies chirurgicales, la tuméfaction du corps thyroïde à chaque menstruation et dans le cours de la grossesse peut en donner une idée. Dans les pays où le goître est endémique, on constate qu'il se fait une augmentation notable de la tumeur à l'époque de la puberté et dans le sexe féminin.

On trouve souvent des goîtres dans le cours des corps fibreux. La grossesse présente une grande importance dans l'étiologie des hernies ; leur fréquence augmente chez la femme, de la puberté à la ménopause ; tandis que chez l'homme la fréquence reste constante dans les années correspondantes. Il se produit fréquemment des caries dentaires et des flux salivaires durant la grossesse. Celle-ci joue un rôle important dans la production des tumeurs des organes génitaux, et même d'autres organes, surtout les néoplasmes, remarquables par une forte vascularisation ou formés en grande partie de vaisseaux et caverneux. Après l'opération d'une tumeur de mauvaise nature, la récurrence a plutôt lieu dans une grossesse consécutive. Il est difficile de dire quelle influence exerce la grossesse sur la formation du cal dans les fractures, car les observations publiées sous ce rapport ne concordent pas. Le pronostic des plaies opératoires faites durant la grossesse, sous les précautions antiseptiques, n'est pas plus mauvais que chez les femmes qui ne sont pas enceintes. Il existe de nombreuses relations entre les maladies de l'œil et celles des organes sexuels durant la menstruation ; on observe l'eczéma, l'herpès de la conjonctive, l'hémorragie rétinienne, l'exophtalmie, la diminution de l'acuité visuelle, et de l'étendue du champ visuel. Dans l'aménorrhée des hémorragies peuvent se faire dans le corps vitré, dans la conjonctive ; on peut aussi observer la kératite interstitielle, le choroïdite disséminée et l'amaurose intercurrente. A la ménopause survient l'iridochoroïdite. Dans les variations de la situation de l'utérus, il y a des amblyopies laxes. On a décrit une amblyopie hystérique au cours des écoulements inflammatoires pelviens. Durant la grossesse et l'ac-

couchement, on rencontre l'asthénopie musculaire, la polyopie, le strabisme, la rétinite albuminurique, l'atrophie de la choroïde avec amaurose complète et décollement de la rétine. Durant la grossesse et l'accouchement, on trouve encore des otites moyennes. Les dermatoses sont souvent provoquées ou exagérées par la grossesse et l'accouchement. Pendant la menstruation, on observe l'hyperhidrose, l'acné, la séborrhée, l'érythème, l'érysipèle menstruel, l'herpès, l'eczéma, l'urticaire, le prurit vulvaire, des hémorragies cutanées dans la peau et de l'œdème de la vulve. Ce dernier s'observe aussi à l'époque de la ménopause. Pendant la grossesse il faut compter avec la pigmentation, le chloasma de la ligne blanche et de l'aréole du mamelon ; avec l'herpès, l'eczéma, le prurit. Dans les cas d'affections cutanées rebelles et de cause inconnue chez la femme, Schauta a presque toujours rencontré une affection de l'appareil génital. L'influence de l'appareil génital sur les psychoses est extrêmement importante : 10 0/0 environ des maladies mentales observées chez la femme datent de l'état puerpéral ; aucune statistique n'indique combien de maladies résultent de l'appareil génital. Pendant la menstruation il y a souvent une exagération de troubles psychiques ; et l'on parle de psychose menstruelle quand une femme à sensorium intact, se trouve dans un état anormal au moment de la menstruation. Quand avant la conception il y a des troubles intellectuels, ils sont en général modifiés dans un sens défavorable par la grossesse et l'accouchement ; dans quelques cas pourtant ils sont améliorés. Les femmes à neurasthénie héréditaire supportent mal les explorations gynécologiques répétées, les traitements locaux qui se prolongent : il n'est pas rare qu'on ait dans ces conditions une aggravation des accidents nerveux, suivie d'une explosion de troubles mentaux ; les opérations comportant ablation de l'utérus et des ovaires sont particulièrement dangereuses. »

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE

qui complique les tumeurs fibreuses de l'utérus,

Par M. le Dr J. BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

(Suite)

OBSERVATION XIII (Résumée).

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. — Hémorrhagies.

— *Curettage. — Cessation des hémorrhagies persistant encore 20 mois après.* (PÉRAIRE, in TH. CUELLAR.)

Mme M..., âgée de 31 ans, réglée à 15 ans, facilement et sans douleur ; la durée des règles était de 8 jours. Depuis l'âge de 18 ans, leucorrhée abondante.

A 22 ans, fausse couche de 2 mois 1/2 ; métrorrhagie pendant 10 jours ; depuis cette époque la malade a été mal réglée ; douleurs vives dans les reins et dans le bas-ventre au moment des règles.

Depuis l'âge de 26 ans, les règles durent 15 jours, puis elles s'arrêtent ; dans l'intervalle, écoulement sanguinolent.

Le 26 juillet 1888, métrorrhagie qui dure 10 jours.

Septembre 1888, métrorrhagies continuelles.

Fin de janvier 1889, écoulements sanguins persistant et abondant déterminant l'alitement de la malade, qui perd toujours un liquide rosé depuis cette époque.

Mars 1889, métrorrhagies plus abondantes ; anémie.

Examen : lèvres du col saines, culs-de-sac souples ; ovaire droit douloureux et paraissant un peu augmenté de volume ; il en est de même de la trompe correspondante. Hystérom. 8 cent.

Du 29 mars au 3 avril, dilatation avec des laminaires, puis des ponges.

4 avril 1889. — Après anesthésie de la malade, on peut facilement introduire le doigt dans l'utérus et on constate qu'il existe un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. Curettage. Cautéri-

sation au chlorure de zinc à 1 pour 10, Gros drain dans l'utérus ; tampon iodoformé dans le vagin.

Le lendemain les tampons sont retirés ; ils sont simplement souillés par un peu de sérosité.

8 avril. — Le drain est retiré et on ordonne des injections vaginales chaudes antiseptiques. Les jours suivants, très bon état.

Plus d'hémorrhagie ; depuis cette époque la malade est en parfaite santé ; l'ovaire droit est toujours un peu douloureux à la pression ainsi que la trompe correspondante.

La malade a été vue à la fin de novembre 1890 (20 mois après le curettage) ; elle a beaucoup engraisé, ne perd plus ; ses règles viennent régulièrement et ne durent que de 4 à 6 jours.

OBSERVATION XIV.

Fibrome hémorrhagique. — Dilatation. — Discission du col. — Curettage. — Cessation des hémorrhagies persistant encore au bout de 21 mois. (PICHEVIN, in th. CUELLAR.)

Mme L..., 45 ans, concierge, demeurant à Paris.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 78 ans d'une affection intestinale. Mère s'est toujours bien portée, est morte d'une affection inconnue à l'âge de 60 ans.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. Réglée à 15 ans, toujours régulièrement ; pas de fleurs blanches ; les règles n'étaient pas douloureuses et d'abondance moyenne. Mariée à 19 ans, un an après elle accouche d'une fille actuellement vivante. Depuis, ni grossesse ni fausse couche.

Il y a dix ans environ, elle remarque que ses règles sont plus abondantes et durent plus longtemps. Peu à peu ces ménorrhagies augmentent considérablement, au point d'effrayer la malade. Cet état de choses dure trois ans, alors elle va consulter un médecin qui lui ordonne du perchlorure de fer et lui conseille l'air de la mer.

Il y a six ans, à une époque qui ne correspondait pas à ses règles, elle a une perte de sang considérable accompagnée de douleurs expulsives de la matrice ; elle fait appeler un médecin

qui croit à une fausse couche et l'envoie à la clinique d'accouchements, où on lui donne de l'ergotine pour arrêter ses hémorrhagies. Quelques jours plus tard on lui fait l'ablation d'un polype utérin. Elle y reste encore trois semaines et sort entièrement guérie.

Il y a trois ans et demi, elle remarque de nouveau que ses règles deviennent abondantes ; elle a en plus des pertes blanches continuelles ; les ménorrhagies deviennent de plus en plus considérables ; elle suit plusieurs traitements sans résultat.

En 1888, on la traite par l'électricité pendant 4 mois, également sans succès. La malade est à ce moment très faible, et dans un état complet d'anémie ; elle a quelques douleurs vagues dans l'hypogastre. C'est à cette époque (fin de 1888) qu'elle va voir M. Pichevin qui fait le diagnostic de fibrome hémorrhagique, et lui conseille le curettage.

Le 26 janvier 1889. — Tout à coup, perte de sang abondante qui dure jusqu'au 24 février environ : nombreux caillots, sang tantôt rouge, tantôt mélangé de sérosité. A cette époque, ses pertes s'aggravent, il s'y joint des douleurs abdominales. Quelques jours plus tard les hémorrhagies diminuent considérablement et restent telles jusqu'au moment de l'opération.

L'examen est répété le 1^{er} mars (1889) ; on trouve le col utérin de volume moyen ; corps très volumineux et dur ; antéversion. A l'hystéromètre on trouve une cavité de 11 centimètres. Le corps de l'utérus dépasse le pubis de 4 à 5 travers de doigt ; les culs-de sac latéraux et postérieurs sont libres.

2 mars. — Dilatation de l'utérus avec une tige de laminaire.

3 mars. — Nouvelle tige.

4 mars. — On retire la laminaire qui est très grosse, l'éponge entre facilement.

5 mars. — 2 éponges, l'orifice utérin résiste.

6 mars. — Section bilatérale du col. Le fibrome est interstitiel, il ne fait pas de saillie dans la cavité utérine, ainsi que le démontre le toucher intra-utérin combiné au palper abdominal. La malade n'est pas endormie ; on cure largement la cavité utérine ; pas de fongosités ; pas de rétention placentaire, ainsi qu'aurait pu

le faire croire l'hémorrhagie subite et considérable que la malade avait présentée quelque temps auparavant. On termine l'opération en suturant au catgut les lèvres du col.

Les suites opératoires sont excellentes.

Fin mars. — L'utérus semble avoir diminué de volume ; ni douleurs, ni perte.

5 avril. — La malade ne souffre pas ; elle a quelques pertes blanches. Quant à l'utérus, il paraît avoir encore diminué de volume depuis le dernier examen ; toutefois il est encore gros comme le poing, très dur et en antéversion ; col tourné en arrière.

12 avril. — Elle va très bien, se trouve entièrement guérie. Utérus gros, dépassant un peu la symphyse pubienne et légèrement incliné à droite.

3 mai. — Règles modérées pendant six jours ; la malade est très contente de son état, qui est aussi satisfaisant que possible. L'utérus est toujours gros, mais sensiblement diminué de volume.

Dans la suite la malade a été revue plusieurs fois ; elle ne veut même pas croire que sa tumeur existe encore et qu'il faut en surveiller l'évolution.

Janvier 1891 (23 mois après le curettage). — M. Cuellar va voir la malade : « Elle a engraisé beaucoup depuis l'opération, ses règles sont régulières, durent six jours et ne sont abondantes que pendant les deux premiers jours ; dans ces derniers temps, légères pertes blanches ; quant au reste, sa santé est parfaite. »

OBSERVATION XV (Inédite).

Fibrome leucorrhéique et hémorrhagique compliqué de péri-métrite gauche, suite de couches. — Curettage. — Disparition des pertes et guérison de la péri-métrite. (Communiquée par M. le Professeur LUIGI MANGIAGALLI, de Milan.)

B. Angela, 31 ans.

Six grossesses régulièrement conduites à terme sauf la dernière, interrompue au 7^e mois, en septembre de l'année précédente, et suivie d'une affection puerpérale qui dura plus d'un mois.

Depuis ce temps menstruation profuse, la dernière le 25 mars.

Souffre depuis douze jours de douleurs au bas du ventre, surtout dans le quart inférieur gauche ; augmentation notable de la leucorrhée. Au moment de l'examen, perte sanguine qui continua pendant huit jours et que l'on prit pour les règles.

Le 1^{er} mai, examen gynécologique : utérus en antéverson ; corps volumineux ; au niveau de la corne gauche, petite tumeur à base large, qui fait saillie sur la surface de l'utérus, immobile transversalement et jouissant d'une légère mobilité de bas en haut. — Col gros et dur, regardant en bas et en arrière et donnant la sensation du velours. Leucorrhée et légère douleur. Cul-de-sac gauche tendu, douloureux et raccourci.

Le diagnostic porté fut : Petit fibrome utérin avec adhérences péri-utérines dues à une périmétrite gauche, suite de couches.

On prescrit l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis* (80 gouttes par jour).

10 mai. — Les douleurs au quart inférieur gauche du ventre apparaissent de nouveau. Élévation thermique passagère. Température : 38°4. Vessie de glace. Antipyrine (3 gr.).

15 mai. — Apparition des règles qui durent jusqu'au 25 et sont suivies d'une leucorrhée profuse.

25 mai. — Dilatation du canal cervical, curettage ; injection de teinture d'iode sous la narcose chloroformique. La curette ramène des fragments très nombreux de muqueuse hypertrophiée et dense qui, à l'examen histologique, se montra être de l'endométrite glandulaire hyperplasique.

Les jours qui suivirent l'opération, petite perte de sang qui fut traitée par l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis* et qui cessa aussitôt.

Les douleurs ont disparu ; la leucorrhée est réduite à des proportions insignifiantes et la malade est sortie de l'hôpital en très bon état, le 26 juin 1890.

Les dernières nouvelles, prises par M. le prof. Mangiagalli, le 11 octobre 1890, montrent que la malade est dans un état de santé très satisfaisant.

REMARQUES. — Ce qui fait l'intérêt de cette observation, ce n'est pas, il faut bien l'avouer, l'importance des hémorrhagies qui semblent avoir été moins fortes que la leucorrhée, mais c'est l'étiologie très nette de l'endométrite due, dans ce cas, à une légère infection puerpérale, c'est aussi la légère poussée de périmétrite consécutive, c'est enfin la guérison de l'endométrite et de la périmétrite par le curettage. Nul doute que si on eût laissé l'endométrite évoluer, les hémorrhagies ne fussent devenues le symptôme le plus important.

Il est bien probable, à mon avis du moins, que dans bien des cas, l'endométrite concomitante des tumeurs fibreuses n'est pas directement sous la dépendance de la tumeur et constitue simplement une lésion surajoutée, surtout quand le fibrome est sous-séreux, comme dans l'exemple précédent. Il est alors logique de penser que la disparition de l'endométrite et des pertes symptomatiques de cette endométrite sera définitive après le curettage, pourvu qu'on évite une réinfection de l'endomètre. C'est aussi l'avis de mon maître M. le Dr Chéron, ainsi que cela ressort de l'observation suivante :

OBSERVATION XVI (inédite).

Fibromes multiples. — Hémorrhagies symptomatiques d'une endométrite concomitante, probablement suite de couches. — Curettage. — Electrification. — Cessation définitive des hémorrhagies. — Ménopause neuf ans après. (Communiquée par M. le Dr J. CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.)

Mme X..., d'Haïti, âgée de 32 ans, multipare, est venue à Paris, en 1880, se faire soigner pour des métrorrhagies abondantes qui sont survenues depuis le dernier accouchement, datant de 1875.

Février 1880. M. le Dr Chéron constata chez cette malade l'existence de deux fibromes : l'un sous-péritonéal, du volume d'une mandarine, partant du fond de l'utérus, l'autre interstitiel, du volume du poing, développé dans la paroi antérieure de l'utérus. L'hystérométrie donnait une longueur de 10 cent. 1/2 et montrait

l'existence d'une muqueuse mollassée, hypertrophiée, saignant au contact de l'hystéromètre.

Après avoir soumis, pendant deux mois, la malade aux intermittences rythmées du courant continu, sans obtenir de disparition des hémorrhagies, M. le Dr Chéron pensa que la véritable cause des pertes de sang devait être cherchée dans l'existence de fongosités utérines en rapport avec une métrite suite de couches et proposa le curettage, qui fut accepté avec beaucoup d'hésitation.

Le 10 mai 1880, M. Chéron pratiqua le curettage de la cavité utérine avec la curette de Récamier qui ramena de nombreuses fongosités. Injection intra-utérine de perchlorure de fer à 30° après injection d'acide picrique. Pansement glyciné. Vessie de glace sur le ventre.

Les injections d'acide picrique sont renouvelées tous les deux jours.

Au bout de huit jours, la vessie de glace est enlevée et la malade commence à se lever.

Retour des règles cinq semaines après le curettage, les règles ne durent que six jours et sont peu abondantes. La malade sort de chez elle aussitôt après.

On reprend alors les intermittences rythmées du courant continu (quatre séances par semaine), et ce traitement est continué pendant deux mois.

Les règles restant normales, la malade avait repris des forces, la tumeur développée dans la paroi antérieure s'étant réduite au volume d'une mandarine, tandis que le fibrome sous-péritonéal restait stationnaire, M. Chéron permit à la malade de retourner dans son pays.

M. le Dr Riboul (d'Haïti) a pu donner en 1890 (*plus de neuf ans après le curettage*) des nouvelles de Mme X... qui était sa cliente ; les métrorrhagies n'ont pas reparu et la ménopause est survenue sans encombres, l'année dernière, à l'âge de 44 ans.

REMARQUES. — Cette observation est intéressante en ce qu'elle

montre qu'il s'agissait bien d'hémorrhagies en rapport avec une endométrite suite de couches surajoutée aux fibromes ; la disparition des hémorrhagies a été définitive, la malade ayant été suivie jusqu'à la ménopause survenue neuf ans après le curettage.

OBSERVATION XVII (inédite).

Métrorrhagies symptomatiques d'une endométrite chez une malade portant un fibrome interstitiel et à laquelle on avait enlevé un an auparavant, un polype fibreux. — Curettage. — Cessation des hémorrhagies. — Ménopause trois ans après. (Communiquée par M. le Dr J. CHÉRON.)

Mme A..., demeurant à Paris, nullipare, âgée de 43 ans, porte depuis longtemps une tumeur fibreuse interstitielle du volume du poing développée dans la paroi postérieure de l'utérus.

Il y a un an et demi M. Chéron lui a enlevé un polype fibreux intra-utérin. Retour à la santé.

Sa santé a été bonne jusqu'à il y a six mois (mai 1880) ; depuis cette époque elle perd constamment du sang, avec huit jours à peine par mois d'arrêt des pertes ; celles-ci sont beaucoup plus abondantes pendant les dix premiers jours, puis l'écoulement sanguin persiste moins abondant pendant 6 à 7 jours et ainsi de suite.

Janvier 1881. — La malade, en raison des hémorrhagies ci-dessus, craint qu'un nouveau polype se soit produit et vient de nouveau consulter M. Chéron.

La tumeur fibreuse de la paroi postérieure ne semble pas avoir augmenté de volume. L'hystérométrie ne permet de constater aucune tumeur pédiculisée dans la cavité utérine, mais la muqueuse saigne au contact de l'hystéromètre. La curette d'exploration ramène à l'extérieur des fongosités. M. Chéron propose le curettage.

21 janvier 1881. — La malade est chloroformée ; dilatation extempora née avec des bougies d'étain de plus en plus volumineu-

ses ; on ne trouve aucune tumeur saillante dans la cavité. Curettage avec la curette de Récamier : nombreuses fongosités.

Injection intra-utérine d'acide picrique suivie d'une injection de perchlorure de fer. Pansement glycérimé. Sac de glace sur l'abdomen pendant huit jours. Les injections de perchlorure de fer sont répétées tous les trois jours.

Les règles surviennent seulement six semaines après le curettage et sont peu abondantes ; elles durent six jours.

Le fibrome n'ayant pas augmenté de volume depuis plus d'un an et demi, on ne fait pas d'autre traitement, au moins jusqu'à nouvel ordre.

M. Chéron a l'occasion de voir la malade de temps en temps ; les pertes ne reviennent pas et la santé est excellente.

Ménopause sans accidents, en 1884, à l'âge de quarante-six ans.

M. Chéron voit encore de temps en temps la malade dont la santé est restée parfaite depuis lors.

REMARQUES. — Ici encore un seul curettage a suffi à tarir définitivement les hémorrhagies, puisque la ménopause est survenue ; l'âge de la malade pouvait du reste permettre de l'espérer et l'on se trouvait dans les meilleures conditions pour attendre la guérison spontanée. Un point reste obscur et n'a pu être élucidé : pourquoi y a-t-il eu de l'endométrite un an et demi après l'ablation du polype, alors que le fibrome restait stationnaire ! Quoi qu'il en soit, l'utilité du curettage dans ce cas ne saurait être discutée.

OBSERVATION XVIII (inédite).

Fibromes multiples et endométrite. — Hémorrhagies. — Curettage et enucléation d'un petit fibrome gros comme une noisette. — Cessation des hémorrhagies. (Communiquée par M. le Dr J. Chéron.)

Mme P., multipare, âgée de 30 ans, demande les soins de M. le Dr Chéron en 1882.

Métrorrhagies depuis le dernier accouchement qui remonte à trois ans auparavant. Les règles sont devenues très abondantes et durent une dizaine de jours, puis après quelques jours, survient une métrorrhagie qui dure trois à quatre jours ; une semaine après, les règles reviennent et ainsi de suite. La malade est devenue très anémique et est presque condamnée à garder la chambre, depuis un an.

Examen le 5 avril 1881 : utérus volumineux dont le fond dépasse le pubis de quatre travers de doigt et qui est partout bosselé, bourré de petites tumeurs fibreuses de petit volume. Hystérométrie : 12 centimètres. Curettage d'exploration : fongosités.

Les injections chaudes sont employées sans résultat ; l'ergot de seigle est mal supporté par l'estomac et doit être abandonné. M. Chéron propose le curettage.

Celui-ci est pratiqué le 6 mars 1882 avec la curette de Sims qui ramène de nombreuses fongosités. Pendant le curettage, un petit fibrome de la grosseur d'une noisette est énucléé par la curette. Injection intra-utérine d'acide picrique suivie d'une injection de perchlorure de fer. Pansement glycéro-boriqué, sac de glace sur l'abdomen. Lever au bout de 10 jours. Premières règles le 15 avril ; elles sont abondantes pendant trois jours, puis l'écoulement devient peu abondant et dure encore deux jours.

La malade est soumise aux intermittences rythmées du courant continu pendant les mois de mai et de juin.

Au mois de juillet la cavité utérine ne mesurait plus que 9 centimètres ; le fond de l'utérus dépassait à peine le pubis, la malade se sentait forte et faisait tous les jours des promenades dans Paris sans voir revenir ses pertes. Elle partit alors pour la campagne où sa santé continua à rester bonne.

Revue un an après ; les ménorrhagies n'étaient pas reparues ; l'état général continuait à se montrer excellent.

OBSERVATION XIX (inédite).

Fibrome interstitiel et endométrite. — Hémorrhagies. — Curettage. — Cessation des hémorrhagies constatée encore au bout de trois ans. (Communiquée par M. le Dr J. Chéron.)

Mme B..., multipare, âgée de 35 ans, habitant Paris, vient consulter M. le Dr Chéron le 10 avril 1884, pour des ménorrhagies datant de quatre ans. Le dernier accouchement remontait au mois de décembre 1878 et n'avait été suivi d'aucun accident grave, mais, depuis cette époque, la malade avait des pertes blanches qu'elle n'observait pas autrefois. Les règles sont devenues peu à peu profuses ; elles duraient une dizaine de jours, étaient très abondantes, obligeant la malade à garder le lit, et revenaient tous les mois avec des avances de 5 à 6 jours sur le mois précédent.

Examen : fibrome interstitiel gros comme une orange dans la paroi postérieure de l'utérus. Hystérométrie : 10 cent. 1/2. Endométrite fongueuse constatée avec la curette d'exploration.

La malade accepte le curettage qui est pratiqué le 5 mai 1884. Anesthésie. Dilatation extemporanée. Curettage avec la curette de Sims qui ramène de nombreux fragments de muqueuse hypertrophiée. Lavage picrique et injection intra-utérine de perchlorure de fer à 30°. Pansement glycéro-boriqué. Sac de glace sur l'abdomen.

Lever huit jours après.

Retour des règles le 15 juin 1884 ; elles durent seulement cinq jours et sont d'une abondance moyenne.

Pas de ménorrhagie en juillet.

La malade, dont le fibrome est stationnaire, n'est soumise, à partir de ce moment, à aucun autre traitement que les injections vaginales chaudes.

Revue trois ans après (juin 1887) ; les pertes sanguines n'étaient pas réapparues ; la tumeur était restée stationnaire ; l'état général continuait à être satisfaisant. Elle a été perdue de vue depuis lors.

REMARQUES. — Il semble bien encore, dans ce cas, que l'endométrite ait eu sa cause dans une infection puerpérale légère, puisqu'elle se manifesta seulement après le dernier accouchement et que les pertes blanches se montrèrent pour la première fois après cet accouchement. Ainsi s'explique l'absence de récurrence, ce qui est tout naturel, si l'on admet que l'endométrite n'était pas due à la présence de la tumeur fibreuse, et représentait seulement une endométrite suite de couches, surajoutée au fibrome et indépendante de lui.

OBSERVATION XX (inédite).

Fibromes multiples et endométrite. — Métrorrhagies. — Anémie grave. — Curettage. — Arrêt des hémorrhagies persistant encore au bout de 2 ans. (Communiquée par M. le D^r J. Chéron.)

Mme F..., multipare, âgée de 50 ans, demeurant à Paris, consulte pour la première fois M. le D^r Chéron, le 5 juin 1884, pour des métrorrhagies qui sont devenues très abondantes depuis 5 ans environ. La malade est confinée à la chambre, épuisée par des pertes de sang à peu près continues; elle est devenue très anémique, et, en raison de son âge, craint d'être atteinte d'une tumeur maligne. Perte des forces, teinte cireuse de la peau, mais pas d'amaigrissement, pas de douleurs violentes, bon sommeil, appétit capricieux sans dégoût spécial pour la viande.

L'examen démontre l'existence d'un énorme fibrome sous-péritonéal dépassant l'ombilic et d'un fibrome pariétal postérieur du volume du poing.

L'état de la malade est trop grave pour qu'on puisse soit penser à une opération radicale, soit attendre l'influence des intermittences rythmées du courant continu. Le curettage d'exploration ayant démontré l'existence de fongosités, M. le D^r Chéron propose le curettage qui est accepté et pratiqué le 5 juillet 1884. Nombreuses fongosités ramenées par la curette de Sims. Lavage picroque et injection intra-utérine de perchlorure de fer. Panse-

ment glycéro-boriqué. Sac de glace sur l'abdomen. Arrêt des hémorrhagies.

Premières règles de 10 août 1884 ; elles durent sept jours et ne sont abondantes que pendant les trois premiers jours.

Retour graduel des forces et de la santé.

La malade a été revue deux ans après ; sa santé était bonne ; les tumeurs fibreuses n'avaient pas augmenté de volume ; la ménopause ne s'était pas encore produite, mais les règles étaient régulières et peu abondantes.

OBSERVATION XXI (inédite).

Fibromes multiples et endométrite. — Hémorrhagies. — Curettage. — Cessation des hémorrhagies constatée encore au bout de six ans. (Communiquée par M. le Dr J. CHÉRON.)

Mme X..., multipare, âgée de 40 ans, a vu ses règles augmenter peu à peu de durée et d'abondance depuis 4 ans ; actuellement ses règles durent douze à treize jours et sont très abondantes avec des avances de quatre à cinq jours tous les mois. Très anémiée. Garde la chambre, depuis six mois, sous peine d'avoir une hémorrhagie après chaque sortie.

Examen : Utérus volumineux, bossué en arrière ; plusieurs fibromes juxtaposés dans la paroi postérieure et faciles à sentir par le toucher rectal. Hystérométrie, 11 centimètres. Curette : endométrite fongueuse.

Curettage, le 10 février 1885. Injections intra-utérines de teinture d'iode, tous les trois jours, jusqu'au retour des règles qui a lieu le 30 mars. Menstruation peu abondante pendant six jours.

Les petites tumeurs fibreuses n'ayant pas de tendance à augmenter de volume, ainsi que cela résulte de plusieurs examens faits à quelques mois d'intervalle, la malade n'a été soumise à aucun autre traitement.

Elle a été revue ces jours-ci (mars 1891), six ans environ après le curettage. Les ménorrhagies n'ont pas reparu, la santé est devenue excellente, mais la ménopause ne s'est pas encore produite. Les fibromes ne semblent pas avoir augmenté de volume.

OBSERVATION XXII (inédite).

Fibromes sous-péritonéaux et endométrite. — Ménorrhagies depuis quinze années. — Curettage et ignipuncture. — Electrification. — Cessation des hémorrhagies persistant encore deux ans après. (Communiquée par M. le Dr J. CHÉRON.)

Mme X..., portugaise, multipare, âgée de 42 ans. Ménorrhagies qui datent déjà de 15 ans, époque du dernier accouchement, mais qui sont devenues plus fortes depuis trois ans. Très anémiée. Perte des forces. A été soignée pendant longtemps par les injections hypodermiques d'ergotine sans grand résultat. Est obligée de garder la chambre pendant ses pertes.

Examen : Utérus volumineux, dépassant le pubis de plusieurs travers de doigt et portant trois fibromes sous-péritonéaux dont deux partent du fond de l'organe et un de sa paroi postérieure. Longueur de la cavité utérine : 10 cent. 1/2. Muqueuse mollassée, saignant au contact de l'hystéromètre. Curettage d'exploration : endométrite fongueuse. Double ectropion du col.

Le 5 avril 1885, curettage et ignipuncture profonde du col. Sac de glace sur l'abdomen.

Injections intra-utérines de teinture d'iode tous les quatre jours.

Premières règles le 18 mai ; elles sont peu abondantes et ne durent que quatre jours.

La malade peut sortir de chez elle à partir du 1^{er} juin et va régulièrement chez M. le Dr Chéron, quatre fois par semaine, se soumettre aux intermittences rythmées du courant continu.

Au bout de trois mois, les forces étant revenues, les fibromes n'augmentant pas de volume, les règles restant normales, on cesse tout traitement.

Perdue de vue deux ans après, la malade ayant quitté Paris pour retourner dans son pays natal. L'état général restait satisfaisant, les hémorrhagies n'étaient pas reparues, mais la ménopause ne s'était pas encore établie.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 janvier. — Présidence de M. REGNAULD.

SUR UN CAS DE NÉPHRITE PUERPÉRALE INFECTIEUSE.

M. HERVIEUX. — Si je reviens aujourd'hui sur la communication que nous a faite M. Charpentier dans la dernière séance (*V. Bulletin médical*, 1892, p. 40), c'est que je ne puis admettre la conclusion qu'il a donnée, à savoir que dans la néphrite qu'il a décrite l'état puerpéral n'a joué qu'un rôle accessoire. Je crois, pour mon compte, que la septicémie puerpérale a été non seulement la cause première des accidents généraux, mais encore la cause réelle, efficiente, de la néphrite terminale.

Voici les principaux arguments sur lesquels je me base ; tout d'abord, le début seulement au huitième jour n'a pas l'importance que lui attribue M. Charpentier, car le début aussi tardif est loin d'être rare ; il est souvent encore plus tardif.

M. Charpentier attache une grande importance à l'absence de toute lésion des organes génitaux ; pour moi, sachant combien il suffit d'une petite érosion pour l'introduction du poison puerpéral, je n'oserais pas donner de valeur à un pareil argument.

Pour M. Charpentier, l'involution utérine, régulière jusqu'au huitième jour, a encore plus de valeur pour faire rejeter l'hypothèse d'une septicémie puerpérale. Cette involution, régulière jusqu'au huitième jour, et même au delà, n'est pas pour nous étonner. Qu'y a-t-il donc de surprenant à ce que tout se passe régulièrement et dans l'ordre physiologique, tant qu'il n'y a pas contamination ?

Il faudrait donc admettre, dans mon hypothèse, que les accidents sont apparus presque aussitôt après la contamination. Il n'y a, dans cette manière de voir, rien qui me choque, puisque j'ai vu souvent les accidents arriver après une contamination certaine, dans un délai aussi court.

On pourrait aussi se demander pourquoi, la première manifestation ayant eu lieu 8 jours après l'accouchement, la détermination locale

définitive ne s'est produite qu'à une époque très éloignée (34^e jour), et après une série d'une vingtaine de frissons ? Par cela seul que l'apparition des premiers symptômes a été tardive, les manifestations de la lésion locale devaient se faire attendre, et voici pourquoi.

Quand la maladie éclate dans les deux ou trois premiers jours qui suivent l'accouchement, le principe infectieux qui a imprégné l'économie se trouvant en présence d'un certain nombre d'organes (appareil génital) en état d'imminence morbide, on conçoit que les déterminations locales soient plus tardives et que le principe infectieux reste quelque temps inactif avant de se fixer. Voilà probablement ce qui s'est passé chez la malade de M. Charpentier.

Chez beaucoup de sujets, ce qui localise les accidents et retarde les phénomènes, c'est la résistance de l'organisme ; mais cette résistance elle-même n'est pas nécessaire ; chez la malade de M. Charpentier, le rétablissement physiologique des organes me paraît suffisant.

Mais je m'arrête. En finissant sa communication, M. Charpentier nous dit qu'il a appliqué à sa malade le traitement classique de la septicémie puerpérale ; il croyait donc à l'existence de cette septicémie. Mais, bien plus, M. Charpentier croit encore aujourd'hui à la septicémie puerpérale ; il intitule, en effet, cette observation, néphrite puerpérale infectieuse.

M. Charpentier dit, en effet : « L'infection dans mon cas est due moins à la septicémie puerpérale qu'à la rétention des produits toxiques de l'urine. » Qu'elle soit plus ou moins d'origine puerpérale, l'infection est puerpérale ; M. Charpentier l'avoue. Quant à la part réelle de la septicémie puerpérale et de la néphrite dans la production des accidents infectieux, il suffit de rappeler que l'urine, quotidiennement examinée, n'a présenté aucune trace d'albumine jusqu'au 34^e jour après l'accouchement. Ce n'est qu'à ce moment qu'on put affirmer la néphrite. Comment donc cette néphrite, si tardive, aurait-elle pu engendrer l'infection dès le huitième jour ? Mais il ne peut en être ainsi, et c'est l'infection puerpérale qui, par son évolution progressive, a abouti à la néphrite.

M. CHARPENTIER. — Je ne conteste pas du tout que la puerpéralité ait joué un rôle dans ce cas, et la preuve, c'est que j'ai intitulé l'observation : néphrite infectieuse puerpérale. Mais que la puerpéralité soit, comme le pense M. Hervieux, la cause unique, ou même la cause principale des accidents, je ne puis l'admettre. Je n'ai jamais trouvé, en effet, aucune manifestation puerpérale proprement dite,

et, d'autre part, un traitement institué en vue d'une septicémie possible, à laquelle je pensai d'abord, échoua complètement (injections intra-utérines, alcool, sulfate de quinine). La malade, qu'un curettage avait, trois ans auparavant, débarrassée d'accidents semblables, me força la main pour un nouveau curettage que je croyais inutile. Il n'aboutit à rien, quelque soin que j'y aie mis.

Je n'ai pas besoin de dire que je connais, comme tout le monde, les manifestations tardives de la puerpéralité ; j'ai eu l'occasion d'en constater un certain nombre. Mais, parfois aussi, dans ces cas de manifestations tardives, on trouve une cause extérieure à la maladie elle-même et à l'accouchement. Je pourrais citer, à ce propos, le cas de la femme d'un médecin qui était arrivée sans aucun accident puerpéral au 17^e jour de son accouchement. Ce jour-là, son mari, qui venait d'ouvrir un phlegmon de la cuisse, eut la naïveté de dire à sa femme : « Tiens ! je n'ai rien à faire en ce moment, je vais voir si tout est bien en place ! » Il la toucha et... l'infecta.

Bref, je persiste à croire que, dans mon cas, la cause vraie a été la rétention des produits toxiques de l'urine. Tant que ces produits n'ont pas irrité suffisamment le rein nous avions affaire à des phénomènes généraux d'infection. Puis le rein s'est pris, la néphrite est survenue avec l'albuminurie ; et la preuve que c'est bien la néphrite qui dominait la scène, c'est que toutes les fois que le régime lacté a été supporté par la malade, les phénomènes disparaissaient.

M. TARNIER. — Dans le cas de M. Charpentier, je considère la néphrite et l'albuminurie comme étant de cause puerpérale. Que de fois, en effet, ne voyons-nous pas des femmes, nouvellement accouchées, et n'offrant aucune lésion apparente, être prises brusquement de fièvre, avec ou sans frissons ? Or, dans ces cas, si on pratique des injections intra-utérines, on voit très souvent tous les accidents disparaître après deux ou trois injections, quelquefois même après une seule — preuve qu'il y avait dans l'utérus quelque chose qu'on n'avait pas vu.

Dans d'autres circonstances moins favorables, la maladie continue en dépit des injections, en dépit même d'un curettage, et si les femmes succombent, on s'aperçoit, à l'autopsie, qu'il était resté, malgré tout, quelque petit débris du placenta ou des membranes dans l'intérieur de la cavité utérine.

Dans le cas de M. Charpentier, nous voyons une femme, accouchée depuis huit jours, prise de fièvre, de frissons, etc. Ces phéno-

mènes persistent, et, au 34^e jour, on constate de l'albuminurie.

Pour moi, je vois là une infection putride qui s'est continuée, et je donnerais volontiers au fait de notre collègue l'étiquette suivante : infection putride avec empoisonnement et albuminurie.

M. CHARPENTIER. — Dans les cas auxquels fait allusion M. Tarnier, il y a toujours infection putride et l'on trouve toujours le corps du délit, soit à l'autopsie, soit qu'il ait été entraîné par les injections ; mais, chez notre malade, il n'y avait rien. M. Tarnier me dit que le curettage ne suffit pas toujours à amener à l'extérieur le corps étranger. Oui, si on se borne au curettage, mais si on le fait suivre d'un écouvillonnage avec un gros écouvillon et d'une injection, on peut voir le liquide, d'abord trouble, revenir clair et limpide, et il n'y a plus de débris ramenés par l'injection à partir de ce moment, et la malade guérit parce qu'on a tout enlevé.

M. Hervieux dit : mais votre malade n'a eu la néphrite que le 34^e jour, et, avant, elle avait déjà eu du frisson et un état général grave.

J'admets très bien qu'elle était infectée, mais par les principes toxiques de l'urine. Ces principes n'ont agi avec une action suffisante sur le rein pour amener une néphrite, que vers le 34^e jour, époque de l'apparition de l'albumine. Voilà pourquoi les symptômes locaux ne sont apparus qu'à cette époque.

M. TARNIER. — M. Charpentier nous a dit que si le curettage employé seul, pouvait être insuffisant à ramener tous les débris membraneux ou placentaires, il n'en était plus de même quand, au curettage, on joignait un écouvillonnage soigneux. Je suis convaincu qu'il n'en est rien et qu'on n'est jamais absolument sûr, même dans ces conditions, de n'avoir rien laissé dans quelque coin de l'utérus.

PÉRITONITE PURULENTE GÉNÉRALISÉE PAR PERFORATION INTESTINALE ;
LAPAROTOMIE, LAVAGE, GUÉRISON.

M. A. ROUTIER. — La péritonite purulente généralisée, suite de perforation intestinale, est, en général, considérée comme fatalement mortelle : un succès obtenu par le traitement chirurgical que nous osons aujourd'hui employer en pareil cas, est encore chose trop rare, ce me semble, pour ne pas mériter d'être publié, tant pour donner confiance aux médecins que pour indiquer aux chirurgiens la conduite tenue, afin qu'ils puissent s'en inspirer au cas échéant.

Le jeune garçon, âgé de 15 ans, que j'ai l'honneur de présenter à

l'Académie, fut pris brusquement, en pleine santé, le 22 janvier 1890, de douleurs violentes dans le ventre et de vomissements.

Six jours après, il fut porté dans le service de M. le professeur Grancher où je fus appelé à le voir.

Son état était des plus alarmants : un facies péritonéal accentué, les narines pulvérulentes, la langue sèche et rouge sur ses bords, le ventre météorisé, la dyspnée intense, le pouls filiforme et incomptable, les vomissements incessants et fécaloïdes, une diarrhée incessante, fétide, composée de matière filante, que le malade rendait inconsciemment, rien n'y manquait ; on avait bien tous les signes d'une péritonite grave généralisée. Le ventre, très tendu et douloureux, était sonore partout, sauf dans la fosse iliaque droite, où la sensibilité était aussi plus exquise.

Ce garçon paraissait irrévocablement perdu.

J'hésitai un instant, n'osant me résoudre à une intervention, dans la crainte de le voir mourir sur la table d'opérations. Cependant, malgré le peu de chances que la chirurgie pouvait lui offrir, une opération me paraissait devoir être sa seule planche de salut, et je me décidai.

L'anesthésie fut facilement obtenue ; explorant alors l'abdomen plus à l'aise, il me sembla que tout le mal partait de la fosse iliaque droite, et je pensai à une appendicite suppurée suivie de propagation à la grande séreuse.

Guidé par cette idée, je fis une large incision courbe dans cette fosse iliaque ; il s'écoula un demi-litre environ de pus verdâtre et crémeux.

Je crus, d'abord, que tout se bornait là ; explorant alors avec soin la cavité avec le doigt, je déplaçai une anse intestinale ; un écoulement de pus aussi abondant que le premier se produisit, et chaque fois que je relevais une anse quelconque, il revenait un flot de pus.

Voyant que la suppuration était généralisée à tout le péritoine, je fis une seconde incision, médiane cette fois, et sous-ombilicale. J'évacuai encore une énorme quantité de pus. Tout en surveillant avec anxiété l'état du pouls et de la respiration, je pratiquai un lavage du péritoine avec la solution naphtholée ; mais j'avais usé déjà plus de 5 ou 6 litres de solution, et le liquide était toujours louche. Pendant tout le temps du lavage, avec ma main gauche presque tout entière enfoncée dans le ventre, j'agitais la masse des intestins pour tâcher

de faire pénétrer la solution de naphтол dans tous les recoins de la séreuse.

L'eau sortait encore teintée, mais, vu l'état du malade, je crus devoir m'arrêter et ne pas refermer le ventre par des sutures, comme on a l'habitude de le faire.

Au contraire, je laissai les plaies ouvertes et plaçai une série de longues bandes de gaze iodoformée qui plongeaient profondément dans les masses intestinales, vers le diaphragme, vers les fosses iliaques, dans le petit bassin, et je quittai le malade heureux d'avoir pu arriver au bout de mon opération sans accident.

Dès le lendemain, l'aspect était totalement changé; les vomissements étaient arrêtés, le pouls était à 84 et la température à 37°4. Mais le pansement était souillé et traversé; il fallut le renouveler jusqu'à 3 fois par jour près de 15 jours durant (1).

Par la plaie iliaque, il sortait, outre le pus, du lait et du bouillon, preuve évidente d'une perforation dont nous n'avons pu déterminer le siège exact.

Tout n'alla cependant pas sans encombre; ce malheureux garçon eut une forte pneumonie, et une parotidite suppurée à droite.

Malgré tout cela, nous arrivâmes à la guérison, et, le 30 mars 1891, deux mois jour pour jour après mon intervention, il était complètement guéri, les plaies étaient cicatrisées.

La péritonite était bien purulente et généralisée; la perforation était évidente et cependant la laparotomie et le lavage ont permis d'obtenir un succès.

Je suis convaincu que je n'aurais pas eu cette guérison si j'avais, comme on le fait souvent, suturé les plaies, me contentant d'un simple drain: j'attribue à ce drainage multiplié fait avec les lanières de gaze iodoformée, plongeant dans tous les sens, le succès que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui; et je recommande tout spécialement cette façon de procéder dans le traitement de la péritonite purulente.

Le bon état du malade, quinze mois après mon intervention, permet, je crois, d'éloigner l'idée de la tuberculose. Il a repris son état de charbonnier, porte des charges de 50 kilog. et ne souffre en rien du ventre.

(Le Bull. méd.)

(1) Je dois ici des remerciements à mon interne, M. Gauthier, qui par son concours m'a grandement aidé dans cette cure.

Séance du 26 janvier 1892.

INFECTION PURULENTE ET SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

M. A. GUÉRIN. — A propos du cas de néphrite infectieuse puerpérale, discuté à la dernière séance, j'ai été étonné d'entendre M. Hervieux se demander si l'infection purulente ne pouvait pas avoir pour porte d'entrée la voie pulmonaire et même la voie cutanée.

S'il en était ainsi, il faudrait renoncer à l'antisepsie des voies génitales, qui deviendrait alors inutile.

Tout le monde sait, au contraire, que les malades qui n'ont aucune solution de continuité des téguments peuvent vivre impunément dans des salles qui renferment de nombreux cas d'infection purulente ; par conséquent, on ne saurait admettre que le poison de l'infection purulente puisse envahir l'économie par le poumon.

M. HERVIEUX. — Je n'ai pas affirmé que dans le cas dont il a été question l'infection s'était faite par le poumon ou par la peau, j'ai dit seulement qu'elle pouvait fort bien avoir eu lieu par cette voie et qu'on pourrait peut-être citer des faits conformes à cette théorie.

M. GUÉNIOT. — Je crois, en effet, le fait possible, surtout lorsque le poumon est le siège de certaines altérations et c'est assurément ce qu'a voulu dire M. Hervieux.

Il s'agit, du reste, ici, non pas seulement de l'infection purulente, mais de l'infection puerpérale. Or, j'ai constaté que celle-ci était favorisée par la respiration d'un air impur et je me réserve de citer des faits probants à ce sujet.

M. A. GUÉRIN. — Je suis heureux de voir M. Hervieux atténuer sa déclaration de la dernière séance ; quant aux observations que nous annonce M. Guéniot, je me réserve d'y répondre.

(*La Sem. méd.*)

Séance du 9 février 1892.

GUÉRISON DE L'OSTÉOMALACIE A LA SUITE D'UNE OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. GUÉNIOT présente une malade qui, à la suite d'une opération césarienne, a complètement guéri d'une ostéomalacie dont elle était atteinte avant son accouchement.

Cette femme enceinte, pour la sixième fois, entra à l'hôpital le 14 octobre dernier, enceinte au huitième mois et atteinte d'une ostéomalacie des plus graves. Son état général était des plus mauvais, elle ne

pouvait remuer dans son lit sans éprouver des douleurs épouvantables ; tout sommeil était, pour ainsi dire, impossible, ses os étaient ramollis à un haut degré et le bassin rétréci ne pouvait permettre l'accouchement.

Le 11 novembre, on pratiqua l'opération césarienne suivant la méthode classique, en respectant scrupuleusement les ovaires et les trompes.

Les suites opératoires furent des plus bénignes, et, à ce point de vue, je n'ai rien à dire, mais ce qui est intéressant, c'est ce qui s'est produit au point de vue de l'ostéomalacie.

Les douleurs squelettiques persistèrent deux semaines après l'accouchement, mais dès ce moment elles commencèrent à diminuer et peu après elles avaient complètement disparu. Au bout de cinq semaines, la malade commençait à faire quelques pas et ses os se consolidaient ; le 6 janvier elle marchait assez pour aller en convalescence au Vésinet. Il va sans dire que l'amélioration de l'état général se faisait concurremment avec l'amélioration de l'état local.

Aujourd'hui, je vous présente la malade, tous les accidents ont disparu, elle est complètement guérie.

J'ai surtout tenu à présenter cette malade pour montrer que la guérison de l'ostéomalacie peut très bien être obtenue sans que l'on enlève les trompes et les ovaires. Or l'on sait qu'à l'heure actuelle cette double castration est pratiquée couramment en Allemagne pour tous les cas d'ostéomalacie.

(*Le Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 janvier 1892. — Présidence de M. CHAUVEL.

OBSTRUCTION INTESTINALE CONSÉCUTIVE A UNE DÉVIATION UTÉRINE.

M. SEGOND, à propos du procès verbal, fait observer que le fait communiqué par M. Nélaton, est intéressant à un double point de vue : c'est d'abord un exemple d'occlusion intestinale, consécutive à une compression exercée par un utérus dévié ; en second lieu, c'est un fait à retenir au point de vue des ressources de la chirurgie vaginale.

Au point de vue de l'occlusion intestinale, M. Segond rapproche du fait de M. Nélaton l'observation suivante :

En mai dernier, il fut appelé auprès d'une femme de trente-cinq ans, qui présentait une occlusion intestinale absolue ; elle avait eu déjà plusieurs menaces semblables ; on avait porté, en outre, chez elle le diagnostic de rétroversion utérine avec fibrome du fond de l'utérus. M. Segond soumit cette femme au chloroforme, pratiqua la dilatation du sphincter en introduisant d'abord deux doigts, puis la main, délogea ainsi la tumeur qui comprimait le rectum ; il se fit une débâcle et cette femme fut aussitôt guérie de ses accidents aigus d'occlusion intestinale. Plusieurs mois après, M. Segond ayant confirmé chez cette malade le diagnostic de déviation utérine, avec fibrome du fond de l'utérus et lésions inflammatoires des annexes gauches, proposa à cette malade de lui faire l'hystérectomie vaginale. Elle accepta, et en pratiquant cette opération, M. Segond reconnut qu'il s'agissait, non pas d'un fibrome, mais d'une grossesse extra-utérine, développée dans la trompe du côté droit. La malade a très bien guéri.

Au second point de vue de l'observation de M. Nélaton, c'est-à-dire au point de vue de l'intervention par le vagin, M. Segond rappelle que l'un des arguments qu'on a fait valoir contre l'hystérectomie vaginale était que, lorsqu'on avait commencé cette opération, il fallait la finir, alors même qu'on s'apercevait chemin faisant qu'elle était inutile.

A ce propos, M. Segond fait connaître trois erreurs de diagnostic à l'occasion desquelles il a commencé l'hystérectomie vaginale sans l'achever. Dans le premier cas, il croyait avoir affaire à un fibrome ; il se mit en mesure de pratiquer l'hystérectomie vaginale, mais il commença par ouvrir le cul-de-sac postérieur, afin de se diriger directement vers la tumeur ; lorsque, ce cul-de-sac ouvert, il s'aperçut qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire gauche, il vida ce kyste, l'enleva et laissa en place l'utérus et ses annexes. Dans un autre cas, il avait porté le diagnostic de suppuration pelvienne ; il commença à pratiquer l'hystérectomie vaginale en courant sus à la tumeur, comme dans le premier cas, c'est-à-dire en ouvrant d'abord le cul-de-sac postérieur ; il donna issue à des caillots sanguins ; c'était une hématocele non suppurée ; il vida la poche, la lava, la draina et laissa l'utérus en place. Dans le troisième cas, le diagnostic porté avait été : fibromes utérins, variété pelvienne, bien que la malade eût déjà subi une quinzaine de ponctions, ayant chaque fois donné issue à quinze ou vingt litres de liquide. Il s'agissait, en effet, de tumeurs malignes

des deux ovaires avec ascite ; M. Segond ouvrit le cul-de-sac postérieur, vida l'ascite, enleva les deux ovaires et laissa l'utérus. La malade est parfaitement guérie.

Ces faits prouvent que, lorsqu'on intervient par le vagin pour le traitement d'affections pelviennes, il n'est pas toujours nécessaire d'enlever l'utérus, et que dans bien des cas où l'on se propose de pratiquer l'hystérectomie vaginale totale, on s'aperçoit, après avoir ouvert le cul-de-sac postérieur, que cette mutilation est inutile, et que l'on peut arriver à guérir les malades en leur laissant l'utérus avec ou sans les annexes, suivant les cas.

M. Pozzi trouve l'observation de M. Nélaton intéressante au point de vue de la pathogénie de l'occlusion intestinale. Il s'agit bien, en effet, d'une occlusion intestinale déterminée par une rétroversion de l'utérus enflammé. L'inflammation, dans ces cas, se propage au rectum, amène une rectite pouvant entraîner la paralysie de l'intestin. M. Pozzi rappelle avoir insisté sur ces inflammations utérines ou péri-utérines retentissant sur l'intestin ; la réciproque est vraie et l'on voit souvent des inflammations intestinales se compliquer d'inflammations de l'utérus ou des annexes. Il croit également avoir démontré que la pelvi-péritonite est toujours une inflammation née autour d'une lésion des annexes. La pelvi-péritonite a presque toujours commencé par de la péri-salpingite.

M. Pozzi pense que, dans le cas de M. Nélaton, il est possible que la réduction de l'utérus eût été suffisante. Toutefois, l'incision exploratrice qu'il a pratiquée était parfaitement justifiée ? Valait-il mieux faire cette incision par le vagin ou par l'abdomen. L'incision du cul-de-sac postérieur est-elle recommandable, facile. Il est incontestable qu'elle est beaucoup plus facile par l'abdomen ? On a ainsi une large ouverture qui permet de faire bien plus aisément le diagnostic. L'observation de M. Nélaton prouve qu'on peut faire, dans certain cas, cette incision exploratrice par le vagin. Mais il ne faudrait pas ériger cette méthode en principe. C'est évidemment jouer la difficulté.

M. RECLUS pense que, dans un certain nombre de faits, on peut assez bien assurer un diagnostic par le vagin. Par exemple, chez une femme atteinte de double métror-salpingite, M. Reclus a fait l'incision du cul-de-sac postérieur, ce qui a donné lieu à l'écoulement d'un flot de sang noir venant d'une hémato-cèle ; mais il a pu introduire deux doigts dans l'ouverture et s'assurer assez facilement qu'il y avait des lésions des annexes, ce qui l'a décidé à achever l'hystérectomie vagi-

nale. Il y avait, en effet, une apoplexie des deux ovaires et un kyste dans l'un d'eux. Chez une autre femme atteinte d'inflammation très ancienne du petit bassin, M. Reclus commença une hystérectomie vaginale, ne put l'achever, se trouvant en présence d'un utérus inabaisable et d'une hémorrhagie difficile à arrêter : il se contenta de pratiquer un bon tamponnement sur cette hystérectomie incomplète et la malade va très bien.

M. SEGOND n'a jamais dit que la laparotomie abdominale pouvait être remplacée par l'incision du cul-de-sac postérieur du vagin ou l'incision exploratrice vaginale. En parlant de cette dernière, il a voulu seulement répondre à cette objection souvent faite à l'hystérectomie vaginale que, lorsque cette opération était commencée, il fallait, coûte que coûte, l'achever.

M. Pozzi fait observer que M. Nélaton a fait, de propos délibéré, une incision exploratrice dans le cul-de-sac postérieur. Mais lorsqu'on commence une hystérectomie vaginale, on fait l'incision circulaire et l'on ne se contente pas d'inciser le cul-de-sac postérieur.

M. CHAMPIONNIÈRE dit que la laparotomie ne donne pas toujours les grandes facilités du diagnostic dont vient de parler M. Pozzi. Il est vrai que c'est encore bien plus difficile par le vagin que par l'abdomen ; mais il y a des difficultés des deux côtés. Il faut tenir compte aussi, dans ces différentes méthodes, de l'habitude et de l'expérience qu'on en peut avoir. C'est ainsi que ce qui est facile par le vagin pour M. Segond, ne l'est pas pour tout le monde. M. Championnière rappelle que Trélat disait que les chirurgiens qui ouvraient le ventre sans avoir fait un diagnostic précis étaient coupables. Il n'a pu s'empêcher de lui répondre qu'on voyait bien qu'il n'avait jamais ouvert un ventre. En effet, quiconque a fait un certain nombre d'opérations abdominales reconnaîtra qu'il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, d'avoir un diagnostic précis autrement que par la laparotomie, et, même après elle, on se trouve souvent encore en présence de grandes difficultés. Les faits dont on vient de parler prouvent qu'on peut aussi, dans certains cas, se servir avec avantage de la voie vaginale pour assurer le diagnostic. Mais il faut bien reconnaître que, par cette voie, c'est encore plus difficile que par l'abdomen.

M. ROUTIER fait observer que, depuis le début de la discussion sur hystérectomie vaginale, M. Segond a modifié sa manière de faire en ratiquant d'abord l'effondrement du cul-de-sac postérieur, qui, évi-

demment, permet, dans bien des cas, d'assurer un diagnostic incertain.

M. KIRMISSON, à propos de la communication de M. Nélaton, cite un fait qui prouve, une fois de plus, les bons résultats de l'opium dans les occlusions intestinales. Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, qui entra le 19 octobre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Proust, avec des accidents d'obstruction intestinale. L'emploi de la glace et de l'opium étant resté sans résultat, le 14 au soir cette femme est transportée dans le service de chirurgie. M. Kirmisson la voit le 15 au matin. Il constate un peu d'empâtement dans la fosse iliaque droite ; les gaz passent encore ; il y a cependant quelques vomissements fécaloïdes, il n'y a ni ballonnement, ni douleurs ; il fait administrer 7 centigrammes d'extrait d'opium et reste en expectation le 16, le 17 et le 18. A ce moment, pas encore de garde-robes, le ventre se météorise et le 19 au matin, M. Kirmisson se décide à opérer, c'est-à-dire dix jours après l'éclosion des accidents aigus ; il fait la laparotomie, trouve une petite bride qu'il sectionne, réduit, et la malade était guérie après quelques jours. Ce fait prouve donc, une fois de plus, les bons effets du traitement par l'opium, qui fait cesser les vomissements, supprime les douleurs et qui, par conséquent, est infiniment préférable à l'emploi des purgatifs dont on abuse toujours dans ces cas. Même alors qu'on est obligé d'opérer ultérieurement, le traitement par l'opium facilite singulièrement la tâche du chirurgien, au lieu de la compliquer, comme le font les purgatifs, en distendant outre mesure l'intestin.

M. SEGOND reconnaît, avec M. Championnière, que, dans le traitement des affections chirurgicales de l'abdomen, il ne faut dire ni jamais ni toujours, que l'on se trouve souvent en présence de grandes difficultés, soit que l'on passe par-dessus le pubis, soit que l'on passe par-dessous. M. Segond a toujours reconnu que la voie vaginale était souvent difficile, malaisée, et il faut savoir modifier le manuel opératoire suivant les indications. Il n'y a rien d'absolu dans tout cela.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR CANCER.

M. MARCHAND fait connaître la statistique de 15 hystérectomies vaginales qu'il a pratiquées pour cancer, depuis le mois d'août 1889 jusqu'à ce jour. Il passe successivement en revue la mortalité opératoire, les résultats immédiats et les résultats thérapeutiques. Les conclusions

sont que la mortalité opératoire est très peu considérable, que les résultats immédiats sont toujours satisfaits, que les résultats thérapeutiques sont, en général, à peu près nuls, ainsi qu'on pouvait s'y attendre.

CONTUSION DE L'ABDOMEN, LAPAROTOMIE, GUÉRISON.

M. MICHAUX lit l'observation d'un blessé atteint de contusion abdominale dans la région sous-hépatique, par un coup de manche d'outil. La laparotomie fut faite quinze heures après l'accident ; on trouva un épanchement sanguin de 1 litre et demi, une perforation de 1 centimètre et demi sur le côlon ascendant, au niveau de son angle avec le côlon transverse. La perforation fut fermée par quinze points de suture de Lembert ; les suites furent excellentes ; quinze jours après, guérison complète.

Ces faits d'intervention, surtout suivis de guérison, sont encore rares. Il faut relever : 1^o l'existence d'une perforation et d'un épanchement, qu'aucun signe ne traduisait ; 2^o la précocité de l'intervention, l'examen complet et la suture intestinale.

(Gaz. des Hôpitaux.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

DOSAGE DUODÉCIMAL DES MÉDICAMENTS TOXIQUES.

M. POLAILLON lit un rapport sur un travail de M. Trouette, intitulé : *Méthode de posologie duodécimale des médicaments toxiques.*

M. Polailon, après avoir rappelé qu'à l'heure actuelle il est fort difficile, pour le médecin, de prescrire les doses limites thérapeutiques des médicaments toxiques, ces doses étant très peu séparées des doses dangereuses, et montré la nécessité de préparer les alcaloïdes de manière à ce que le praticien puisse les prescrire en toute sécurité, continue ainsi : La méthode de posologie de M. Trouette résout le problème en supprimant les dangers des médicaments toxiques. Elle consiste dans le fractionnement rationnel de la dose maximum qui peut être donnée à un adulte en 24 heures.

Quel que soit le degré de toxicité d'un médicament, la dose maximum sera exactement divisée en douze doses, que ces doses soient sous forme de pilules, granules, capsules, cachets, etc.

Revue des Maladies des Femmes. — FÉVRIER 1892.

Ce mode de dosage s'appliquera à tous les médicaments dangereux, de telle sorte que le médecin n'aura plus à faire aucun effort de mémoire pour se rappeler la dose maximum de tel ou tel médicament. Il n'aura qu'à se souvenir que douze doses forment la dose maximum. C'est en raison de ce fractionnement par douze, que M. Trouette a désigné la nouvelle méthode sous le nom de *Dosage duodécimal des médicaments toxiques*.

Cette méthode de fractionnement par douze est très favorable pour administrer les médicaments par heure ou par deux heures. En l'adoptant, toutes les erreurs de doses et tous les dangers seront évités. M. Polaillon conclut, en conséquence, que cette méthode est excellente pour le praticien.

REVUE DE LA PRESSE

TROP DE MUTILATIONS INUTILES ET PAS ASSEZ DE GYNÉCOLOGIE

CONSERVATRICE,

par le D^r DOLÉRIS.

Il serait curieux de savoir exactement combien de femmes sont châtrées annuellement dans nos hôpitaux et en dehors d'eux ? Celui qui se livrerait à cette statistique ne ferait pas œuvre inutile, surtout s'il pouvait établir la nature des lésions pour lesquelles on a opéré. Les laboratoires auxquels on envoie les pièces anatomiques, pour l'examen, pourraient aussi nous révéler de singulières choses, et que de documents non soumis à l'examen !

Il ne serait pas moins curieux de savoir combien d'hommes subissent l'opération analogue. On verrait assurément, par le contraste éclatant des chiffres, que les chirurgiens modernes sont aussi prodigues de mutilation à l'endroit du sexe faible, qu'ils en sont ménagers à l'égard du sexe fort..., qui peut-être ne se laisserait pas faire aussi facilement.

Je suis convaincu que les huit dixièmes des femmes opérées pouvaient éviter l'opération radicale.

Quand on voit le nombre d'opérations entreprises pour des folliculites ovariennes, pour des salpingites catarrhales, pour des névralgies pélviennes, pour l'hystérie vraie ou la pseudo-hystérie, il est de toute nécessité d'examiner les choses de près.

Je ne saurais être très long, seulement la castration, comme traitement de l'hystérie, me paraît être un thème intéressant entre tous.

Il faut d'abord se prémunir contre une source d'erreurs, qui entachent certaines statistiques à cet égard. Il en est qui datent seulement de deux ans, et contiennent, par conséquent, uniquement des faits récents, trop récents surtout pour juger l'action spéciale de la castration dans les névroses. Cette sélection adoptée par quelques statisticiens est au moins étrange ; il m'eût semblé que les séries d'opérations plus anciennes étaient bien mieux de nature à trancher la question des *résultats éloignés* de l'ablation des annexes.

Une autre surprise, c'est que la mortalité opératoire paraît être devenue une quantité négligeable, certains ne regardent plus même la mortalité comme possible.

On voit le danger de cette tendance. Ce n'est rien moins que la justification absolue de toute intervention abdominale, pour quelque raison que ce soit, si futile qu'on la puisse supposer.

Je ne pense pas cependant que le dogme de l'immortalité opératoire ait été proclamé !

Cela posé, je suis en droit, je suppose, d'émettre cet avis, que pour juger sainement de la valeur d'une intervention contre des affections *qui ne sont point mortelles*, comme les névralgies, les névroses et les pseudo-névroses, qui, de leur essence même, sont souvent passagères, il faudrait :

1° Le contrôle prolongé du temps et l'expérience de plusieurs années ;

2° La démonstration absolue que l'opération n'est jamais mortelle, même dans ces cas.

Or, ces deux éléments, le contrôle du temps et l'innocuité de l'opération, font défaut.

J'aurai tout dit, en ajoutant, qu'en elle-même l'intervention est illogique et parfaitement déraisonnable.

Si je le prouve, que restera-t-il de ces laparotomies faites à la diable ? Quelle utilité, quel enseignement ? Rien, sinon la preuve d'une grande légèreté et d'un manque absolu de clairvoyance scientifique.

Je vois, à la lecture des mémoires, que certains opérateurs cherchent à atténuer la portée de leurs interventions en faisant des réserves.

L'un d'eux affecte surtout de mettre en contradiction le raisonne-

ment et les faits. « Il s'agit d'une hystérique ; pas la moindre douleur pelvienne. Il opère, elle guérit, ou du moins paraît guérie... » L'affaire ne date que de quelques mois.

N'est-il jamais venu à l'idée de ce chirurgien d'enlever les testicules ou la verge à un homme qui présenterait des accidents convulsifs ou une hémiplegie hystérique ? Cela ne serait ni plus ni moins logique, puisque dans son cas, il n'y avait même pas de localisation douloureuse dans les organes qu'il enlevait. Mais admettons qu'il y ait une localisation douloureuse dans l'ovaire, comme cela est indiqué dans d'autres cas nombreux des statistiques : pourquoi en faire l'ablation alors que, si la même névralgie hystérique, occupe le sein, l'occiput, l'épaule (les exemples en sont fréquents,) il ne vient jamais à l'idée d'amputer le sein, l'épaule ou de trépaner.

Cette discussion ne vaut pas d'être prolongée.

La morale de tout ceci est quelque peu affligeante.

L'antisepsie a mis aux mains des chirurgiens, une action puissante de sauvegarde et de sécurité, dans l'exécution des opérations. Mais les conséquences sont devenues telles, qu'on en est à se demander, si le danger disparu d'un côté, ne va pas reparaitre d'un autre, tant est singulier l'abus engendré par cette précieuse découverte.

Pour rester sur le terrain de la gynécologie, il n'est pas niable que le grand objectif de tout débutant dans la chirurgie est de multiplier le nombre de ses laparotomies, et d'arriver de suite à de grosses statistiques.

De jeunes praticiens frais débarqués de Paris, où ils ont tenu certes avec assiduité le rôle d'assistants près de maîtres plus habiles peut-être que judicieux, semblent ne viser à autre chose, que de triompher des difficultés du début, par des opérations à sensation. La laparotomie paraît être devenue le véritable *tremplin de succès*. Je lis les statistiques ; c'est toujours de salpingites, d'ovarites folliculaires, d'hématosalpinx qu'il s'agit.

Je ne sais si on trouverait quelque chose de bien solide sous ces étiquettes. Mais les kystes vrais de l'ovaire, de myômes utérins, il en est rarement question. C'est que les cas sont drainés depuis longtemps, ou bien c'est qu'on y regarde à deux fois, quand il s'agit de myomotomie.

Mais une bonne petite douzaine de castrations pour commencer ; et puis, on verra. Dès lors, tout est prétexte à castration. Je me trompe,

tout est prétexte à laparotomie, car voici qu'on entame un nouvel hymne en faveur de la laparotomie exploratrice.

Donc, la douleur, une tuméfaction vague, des métrorrhagies inexplicables, sont le mobile invoqué... et on laparotomise.

Or, une fois le ventre ouvert, il est bien rare qu'on le renferme sans en retirer quelque chose. Certes, ceux qui agissent de la sorte ne pensent pas être plus coupables que leurs anciens chefs de file, qu'ils imitent à leur tour. Le succès excuse d'ailleurs puissamment leur conduite.

Eh bien, il faut dire que tout cela cache l'ignorance grossière de la profession.

Cette manière de faire n'est plus qu'un déchaînement de licence chirurgicale.

De gynécologie, il n'y en a pas un soupçon dans tout ceci.

Les moyens conservateurs, non seulement ils ne les appliquent pas, mais je gagerais qu'ils en ignorent la pratique correcte.

Or, un enseignement officiel de la gynécologie est tout à créer. Ni chaire, ni clinique ? Pas même, à leur défaut, des services hospitaliers, organisés pour la pratique...

C'est un dur et périlleux rôle que celui de critique. Le métier de redresseur de torts ne fait d'ordinaire que créer à celui qui l'adopte, embarras et rancunes. Mais j'estime qu'il ne faut redouter ni les uns ni les autres, car le péril vaut d'être signalé.

Pour moi, je le répète, il ne me plaît pas d'être complice par mon silence, dans une question où quelques gens croient à ma compétence. Ce serait une lâcheté que de me taire.

(*La Pratique médicale.*)

DU TÉTANOS PUERPÉRAL.

Le tétanos à la suite de couches ou d'avortement est rare. M. VINAY vient d'en publier un cas dans le *Lyon médical*.

Une femme, enceinte pour la quatrième fois, fit une fausse-couche au deuxième mois de sa grossesse. Au bout de quelques jours, la malade ayant présenté des signes de septicémie, un médecin appelé près d'elle pratiqua le curetage. Trois jours après, la malade avait du trismus, puis les autres symptômes du tétanos apparurent, et deux jours après, la malade mourut.

Les cas de ce genre sont rares ; si l'on excepte les cas de tétanos puerpéral, assez nombreux dans les pays intertropicaux, M. Vinay n'en a pu recueillir que 106 cas, dont 59 à la suite de l'accouchement et 47 à la suite de l'avortement. Cette variété de tétanos est particulièrement grave, puisque la mortalité est de 88 à 89 0/0.

Certaines observations montrent d'une façon certaine que la maladie s'est communiquée quelquefois par contagion.

Dans un cas d'Heinricius, une sage-femme avait contaminé une accouchée par le toucher vaginal, après avoir donné des soins à un enfant atteint de trismus, dont elle avait pansé la plaie ombilicale.

Amon venait de soigner un ouvrier qui avait été atteint du tétanos dont il mourut. Le lendemain même, Amon dut assister une parturiente et pratiquer chez elle l'extraction artificielle du placenta. Malgré une désinfection minutieuse des mains, cette femme présenta, le neuvième jour de ses couches des symptômes de trismus et succomba cinq jours après.

Dans le cas cité par Vinay, il est fort probable que l'instrument employé par le médecin pour pratiquer le curettage de l'utérus a été l'agent inoculateur.

Il est intéressant de noter que l'agent pathogène s'est développé chez une malade présentant des symptômes de septicémie, ce qui permet d'admettre que la plaie utérine était infectée par le bacille de la septicémie, avant de l'être par le bacille du tétanos. Or, il résulte précisément des recherches de laboratoire de Vaillard et Vincent, que le bacille du tétanos, dont le développement est difficile dans les tissus normaux ne contenant aucun bacille, se cultive, au contraire, avec la plus grande facilité dans un milieu où existe déjà un microbe de la suppuration.

Les expériences de laboratoire permettent, en outre, de comprendre la gravité toute spéciale du tétanos puerpéral. Les liquides purulents qui se développent au niveau de la plaie utérine forment des milieux de culture d'autant plus favorables qu'ils se trouvent à l'abri à peu près absolu de l'oxygène de l'air, et que le bacille du tétanos est, comme on sait, un bacille anaérobie.

(Concours médical).

DÉCHIRURE SPONTANÉE DU VAGIN DANS LE COURS D'UN ACCOUCHEMENT. —
PASSAGE DE L'ENFANT ET DU PLACENTA DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE. —
GUÉRISON.

Le docteur Everke de Bochum (Allemagne) publie une observation qu'il fait précéder des considérations suivantes : Dans le cas de déchirure de l'utérus et du vagin, la mort de la mère a lieu d'habitude à la suite du choc, de l'hémorrhagie, ou de la péritonite consécutive ; l'enfant meurt lui-même asphyxié par suite du décollement du placenta. Les auteurs anciens et nouveaux donnent une mortalité de 95 0/0 à la suite de ces accidents et cela malgré l'introduction de l'antisepsie en obstétrique et les améliorations de la chirurgie de l'abdomen. Schoffer, par exemple, qui conseilla la laparotomie dans le cas de rupture de l'utérus, pour combattre les hémorrhagies internes, a trouvé que sur 100 qui ont été faites dans ces conditions depuis le commencement du siècle, il y a eu 50 cas de mort. Les ruptures de l'utérus sont plus fréquentes que les ruptures du vagin ; pour que ces dernières se produisent, une cause prédisposante est nécessaire ; d'habitude, c'est le relâchement du ligament large. Dans son travail sur ce sujet publié en 1876, Hagenberger a réuni 39 cas de déchirure de vagin dont 10 aboutirent à la guérison. Everke rapporte l'observation d'un cas de déchirure postérieure et bilatérale dans laquelle la rupture s'arrêta spontanément au bout d'un temps relativement court (une heure et demie). Après l'écoulement des eaux, une sage-femme reconnut une mauvaise présentation et envoya chercher un médecin. A ce moment, il y avait de violentes contractions. Comme il s'agissait d'une présentation du tronc, le fœtus était repoussé vers le petit bassin. A la suite de la scoliose, le ventre était pendant et il y avait une faible distance entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque ; le développement de l'utérus s'étant fait en avant dans le cours de la grossesse, les ligaments avaient été fortement distendus, la paroi postérieure du vagin étant devenue molle et flasque à la suite de plusieurs accouchements successifs se déchira au moment d'une contraction. Dès lors, hémorrhagie, douleur violente et autres phénomènes d'une plaie profonde. L'exploration locale montre que l'utérus est intact, et que l'orifice du col est à peu près de deux travers de doigts. Au contraire, on trouve derrière l'utérus une déchirure perforante du vagin et par laquelle sa cavité communique avec celle du péritoine. La déchirure se poursuit latéralement

jusque sur la paroi antérieure du vagin. L'utérus est séparé de la paroi vaginale des deux côtés jusqu'à l'excavation vésico-utérine. Cette déchirure saigne beaucoup ; l'auteur fait immédiatement une suture circulaire, mais, par suite du ramollissement de la paroi vaginale, les fils la déchirent ; 16 sutures épinglées à la suite desquelles l'hémorrhagie s'arrêta. Tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée, vessie de glace sur le ventre et petites doses d'opium. Les deux jambes sont attachées et l'urine est évacuée par le cathétérisme. La température vespérale varie entre 38 et 39. La gaze iodoformée fut enlevée au bout de 2 jours, pas d'hémorrhagie. Le pouls et le facies se relevèrent ; les fils tombèrent d'eux-mêmes. La malade put se lever au bout de 3 semaines ; utérus en antéverson et mobile ; rien dans le tissu péri-utérin. Derrière le col, des deux côtés, cicatrice. Etat général excellent, le 31 décembre 1889. La malade est réglée normalement, utérus mobile ; rien dans le tissu péri-utérin.

(Berlin. klin. Wochenschr.)

CALENDRIER DE LA GROSSESSE.

(Dr Lingrand (Lille).

Janvier	3	Juillet.....	4
Février.....	3	Août.....	3
Mars.....	5	Septembre.....	3
Avril.....	5	Octobre.....	3
Mai.....	6	Novembre.....	3
Juin.....	3	Décembre.....	4

*3 partout, excepté 5 au tiers moyen, 4 aux extrémités,
6 en mai.*

A l'aide de ce petit tableau, le seul susceptible d'être gravé dans la mémoire, le praticien ou la sage-femme comptent rapidement 9 mois de 30 jours, 270 jours après la terminaison des règles, auxquels on ajoute 7 jours au moins.

Pour arriver à 270 jours : partant de la fin des règles, reculer de 3 mois, puis reculer du nombre de jours indiqué sur le tableau en face du mois du dernier jour des règles.

Soit 24 juillet, ce dernier jour :

24 juin — 24 mai — 24 avril.

24 avril moins 4 jours = 20 avril = 270 jours.

Ajoutant 7 jours = 27 avril = 277 jours.

Quand février a 29 jours et que ce 29^e jour est compris dans la grossesse, retrancher un jour de plus que l'indique le tableau. *Ainsi l'on aurait le 26 avril.*

Pour une bonne approximation, au lieu de 7 jours ajouter 7 à 17 jours, selon que les premiers mouvements perçus par la gestante indiquent une conception effectuée plus ou moins près de la dernière menstruation.

En général, un fœtus pesant moins de 6 livres 1/2 peut être considéré comme né avant terme.

Nota. — Février de 1892 a 29 jours.

Les calendriers de la gestation sont plus ou moins erronés, compliqués, trop absolus, en présentant un seul terme, et ne peuvent être retenus par cœur. La plupart prennent pour point de départ le 1^{er} jour des règles qui, cependant, ont une durée variant de 1 à 10 jours. Le calendrier, qui compte par séries de 5 jours, arrive en outre à des termes moyens excessifs et contradictoires, 287, 288, 289, 290, 291 jours et ne tient pas compte de février de 29 jours : c'est le faux calcul réalisé mentalement par les gardes-couches, ajoutant 15 jours à 9 mois de l'année qu'ils aient 28, 29, 30 ou 31 jours. Il ne faut pas de calendrier pour cela.

Le calendrier de Schultze part du début de la menstruation, ne peut se fixer dans la mémoire, ne tient aucun compte de la variabilité du terme probable de la grossesse, etc.

SUR LA GONORRHÉE CHEZ LA FEMME

Par le Dr DOHRN. (*Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, t. XXIV, fasc. 1, p. 124, 1891.)

Sur 3,000 femmes examinées, Dohrn en a trouvé 105 atteintes de la blennorrhagie. Il nie la valeur diagnostique attribuée à la constatation de la présence du gonococcus dans les sécrétions morbides, à cause de l'existence de pseudo-gonococcus, et aussi parce qu'il est impossible de faire porter l'examen bactérioscopique sur tous les lieux d'éclosion du gonococcus.

D'autre part Dohrn se rallie à l'opinion de ceux qui considèrent la blennorrhagie chronique de la femme comme une affection grave

qui peut conduire au marasme, qui est extrêmement difficile à traiter et fort sujette aux récidives.

Dans les cas d'affection gonorrhéique des trompes, l'extirpation de ces organes avec ou sans les ovaires peut s'imposer. Dans les cas d'endométrite blennorrhagique chronique, Dohrn conseille de faire des cautérisations au nitrate d'argent, avec une solution à 1 0/0, suivies d'injections intra-utérines avec une solution de sublimé à 1 p. 1.000.

(*Rev. gén. de clin. et de thér.*)

OBSTRUCTION INTESTINALE A LA SUITE D'UNE HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE.

C'est un fait rare, mais nullement exceptionnel, de voir une hystérectomie abdominale, dont les suites immédiates ont été normales, se compliquer au bout de 8 à 15 jours d'une obstruction intestinale. Le fait suivant, dans lequel l'autopsie a révélé la cause certaine de l'obstruction, est une nouvelle preuve que l'on doit toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une pareille complication. Il montre également — et c'est par là surtout qu'il est intéressant — que dans certains cas, il est relativement facile de rétablir la perméabilité de l'intestin par une nouvelle opération. Voici le fait que publie M. Franchomme dans le *Journal des Sciences médicales de Lille*.

Une femme de 42 ans, atteinte d'un fibrome utérin volumineux, est opérée par M. Faucon, le 26 août dernier. L'opération, faite suivant les règles classiques, ne présenta rien de particulier, et les suites opératoires furent d'abord des plus simples. Du 26 août au 4 septembre, la température n'atteignit qu'une fois 38°.

Le 4 septembre, la malade vomit une première fois, puis les vomissements continuant, on lui donna un purgatif, et on pratique le lavage de l'estomac. Comme à la suite de ce lavage les vomissements ne se reproduisent pas, comme d'autre part l'état du pédicule et de la suture abdominale ne laissent rien à désirer, on pense à une péritonite localisée avec coprostase, et l'on ne juge pas devoir intervenir chirurgicalement; malheureusement cette amélioration ne persista pas, des symptômes d'obstruction complète apparurent, et la malade mourut.

L'autopsie montra ce qui suit à 15 ou 20 centimètres de la valvule iléo-cœcale. Une portion de l'intestin grêle représentant la moitié d'un huit de chiffre, se trouve rabattue en bas et tordue; elle adhère

à une anse intestinale voisine par une bride exsudative en voie d'organisation qui se laisse cependant dissocier. Quelques adhérences réunissaient d'autres portions de l'intestin distendu au pédicule utérin, sans qu'à leur point d'implantation le calibre intestinal ait été modifié.

Il fut très facile, en détordant le volvulus, de retrouver le point d'étranglement ; étranglement provoqué par le simple mouvement de torsion de l'anse sur elle-même, maintenue dans cette position par les adhérences.

Il résulte de cette autopsie que, si un diagnostic précis et hâtif avait pu être porté, on a pu voir qu'il eût été relativement facile de parer aux accidents. Après une nouvelle laparotomie, on serait immédiatement tombé sur l'obstacle, et on l'eût levé sans avoir recours à une intervention laborieuse et dangereuse pour l'opérée.

(*Le Bull. méd.*)

CHORÉE DES FEMMES ENCEINTEES.

À l'*Obstetrical Society* de Londres, M. Mac Cann a relaté les observations de six femmes enceintes atteintes de chorée. Il a divisé ces cas en trois catégories : 1° chorée vraie ; 2° chorée hystérique ; 3° forme mixte.

La chorée vraie se montre chez des femmes de dix-huit à trente ans. Elle est plus commune dans le cours de la première grossesse. Elle se montre de préférence pendant le troisième ou le quatrième mois. Trois acteurs sont nécessaires pour la produire : 1° prédisposition nerveuse héréditaire ; 2° modification du sang ; 3° causes excitantes.

Dans les cas graves, on a trouvé des lésions au niveau des centres corticaux moteurs, des centres intellectuels, de la moelle ; les altérations de la moelle sont secondaires. Dans les cas légers seuls sont atteints les centres moteurs corticaux.

Quand la chorée est intense, la grossesse peut se terminer par un avortement ou par un accouchement prématuré ; dans les cas légers, elle continue son évolution normale.

La chorée guérit généralement ; il y a cependant des cas de mort ; on a noté aussi la persistance à la suite de l'attaque, de manie, de léthargie ou de paralysie.

L'enfant que la mère porte dans son utérus n'est nullement

influencé par la chorée, à condition que sa durée ne soit pas trop prolongée.

Après l'accouchement et la délivrance, les mouvements choréiques diminuent d'intensité, mais jamais leur cessation n'est brusque ; dans certains cas, ils ont continué pendant cinq mois après le travail.

Il est à remarquer que les femmes qui ont eu, pendant leur enfance, une ou plusieurs attaques de chorée, sont sujettes à une nouvelle attaque pendant leur grossesse.

(*Bullet. médic.*)

TÉTANOS APRÈS L'OVARIOTOMIE.

M. JOHN PHILLIPS a fait à la *Royal medical and Chirurgical Society* une communication sur la fréquence de l'apparition du tétanos à la suite de l'ovariotomie. Les recherches qu'il a faites, l'expérience personnelle qu'il a sur cette question lui permettent d'émettre les conclusions suivantes :

1° La ligature du pédicule, l'enlèvement des adhérences pendant l'ovariotomie, produisent l'irritation du système nerveux et favorisent jusqu'à un certain point l'éclosion du tétanos, mais cette complication se présente avec les symptômes qu'elle a lorsqu'elle se montre à la suite d'une opération chirurgicale quelconque ;

2° Bien qu'il existe quelques cas dans lesquels le tétanos a paru se développer spontanément, il est de règle de le voir apparaître à la suite d'une contagion ; la septicémie favorise son développement.

3° Bien que l'origine tellurique du tétanos ne soit pas définitivement établie, il vaut mieux ne pas opérer dans une pièce nouvellement plâtrée ou placée trop près d'un endroit où l'on a remué la terre récemment ;

4° Quand les premiers symptômes du tétanos font leur apparition il convient, avant de commencer le traitement général, de chercher la cause locale qui produit l'irritation nerveuse.

M. ALBAN DORAN a assisté à plus de 1,300 ovariectomies ; il n'a vu le tétanos se développer que deux fois chez deux malades qui avaient été exposées au froid, aux courants d'air.

(*Le Bull. méd.*)

DE LA RÉTENTION DU LIQUIDE DES INJECTIONS VAGINALES.

M. le docteur Ballenghien (de Roubaix) rapporte, dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, le cas suivant :

Une femme, sous l'influence d'un avortement ovulaire, présente une hémorrhagie inquiétante. Au toucher, le doigt après avoir franchi le sphincter de la vulve décrit un cône à large base sans rencontrer les parois du vagin. Celui-ci semble être de forme sphéroïdale. Après l'avoir débarrassé de nombreux caillots, vu l'odeur infecte qui s'exhale, je fais une injection à l'eau phéniquée au 100° avant le tamponnement que je juge nécessaire. Seize tampons de dimensions ordinaires sont aisément placés à l'aide du spéculum, et je suis frappé de voir la quantité du liquide d'injection qui s'échappe au moment de l'introduction de l'instrument.

Quatre heures après, j'enlève les tampons et je fais une nouvelle injection phéniquée au 100°. Toutefois, me défiant du vagin que je vous ai décrit, je commande, aussitôt après, à la malade de s'asseoir sur le bassin plat. Ce changement de position n'amène pas la sortie du reliquat de l'injection. Je déprime d'abord la fourchette avec l'index, puis jugeant cette manœuvre insuffisante, j'introduis, la femme étant toujours assise, le médius dans le vagin, et, dans l'intervalle des deux doigts écartés, un fort jet de liquide jaillit, rappelant celui de la miction. J'ai pu apprécier alors qu'il était resté dans le vagin au moins un quart de litre.

Supposez qu'il se fût agi d'un accouchement suivi d'une injection de sublimé à 1/2000° (c'est ainsi qu'on les pratique encore dans bien des maternités) il est évident, qu'en tenant compte des déchirures si fréquentes du col utérin, et sans les précautions précitées, on aurait à craindre des phénomènes d'intoxication.

La remarque de notre confrère est absolument exacte, il y a des femmes dont le constricteur de la vulve se contracte après une injection vaginale, de façon à fermer presque complètement l'orifice du vagin. Cette contraction réflexe s'observe surtout à la suite d'injections chaudes ou légèrement irritantes, mais elle peut s'observer à la suite de toutes les injections, chez certaines femmes. Aussi, n'est-il pas rare, en dehors des intoxications générales, d'observer, chez ces malades, un certain degré d'inflammation de la muqueuse vaginale et même des ulcérations douloureuses à la suite d'injections au sublimé.

Cette rétention anormale doit être connue du praticien. On y remédie en faisant déprimer le périnée, avec le doigt introduit dans le vagin.

(Gaz. des Hôpitaux.)

SUR LE SARCOME DE L'UTÉRUS

Par le D^r A. GEISLER. (*Inaugural-Dissertation*, Breslau, 1891).

Dans sa dissertation inaugurale, l'auteur entreprend l'histoire du sarcome de l'utérus en utilisant *ad hoc* les 8 cas de ce genre de tumeurs, survenus à la Clinique gynécologique de Breslau dans le cours des dix dernières années.

La néoplasie peut occuper :

1^o La muqueuse utérine ;

2^o La couche musculaire de l'organe, et alors elle a comme siège de prédilection le corps de l'utérus. L'auteur admet la possibilité de la transformation d'un fibrome ou d'un myôme utérin en sarcome, toutefois, le sarcome intramural survient en général à titre de néoplasie primitive.

Au point de vue clinique, le sarcome pariétal donne lieu aux mêmes manifestations que le myome utérin ; mais le diagnostic différentiel de ces deux genres de tumeurs se heurte à de très grandes difficultés. Le sarcome de la muqueuse utérine se traduit par des symptômes plus caractéristiques ; on trouve d'ailleurs dans l'écoulement utérin des détritres de la tumeur, dont l'examen permet de faire sûrement le diagnostic. La formation de métastases est relativement rare, aussi la durée de la maladie est relativement longue ; elle peut se chiffrer par plusieurs années, à partir du moment où la nature de l'affection a été reconnue. Le pronostic n'en est pas moins fatal ; quand le diagnostic peut être fait au début de la maladie, une opération radicale peut sauver la vie.

(*Rev. gén. de méd.*)

DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE,

par M. WHEELER.

De l'avis de l'auteur, cette opération est justifiée dans les circonstances suivantes : épanchement ascitique médiocre, absence de grosses masses tuberculeuses, tuberculose primitive du péritoine, existence de poches purulentes ou d'une obstruction intestinale (*The London Med. Rec.*, 20 décembre 1890).

De ces conditions, les deux premières sont formelles pour motiver l'opération. Cependant, même dans des cas de tuberculoses siégeant sur d'autres organes, mais bien localisées, en l'absence d'ascite et en présence de grosses masses tuberculeuses, l'opération peut encore

être indiquée si on soupçonne des ulcérations intestinales. Au demeurant, il faut motiver les indications et les contre-indications de cette opération non seulement sur l'état du péritoine, mais encore sur celui de l'intestin, et sur l'évolution du processus tuberculeux.

(Revue gén. de clin. et de théér.).

VARIÉTÉS

LES ÉTUDIANTES EN MÉDECINE PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-91. — Pendant cette année, il y a eu, à la Faculté de médecine 103 étudiantes russes, 18 françaises, 6 anglaises, 3 roumaines, 2 turques, 1 grecque, et 1 américaine.

ANOMALIE DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ UNE FEMME. — LES AVANTAGES MORaux D'UN VAGIN DOUBLE. — Officier de santé, l'auteur examinait une femme de la ville ; mais, ayant introduit le spéculum, il n'arrivait pas à découvrir le col utérin quoique son existence fut prouvée par deux grossesses. Voyant cet embarras, la patiente, une jeune Française spirituelle, dit, avec la plus grande nonchalance : « Vous ne remarquez pas que vous cherchez trop bas, Monsieur ! J'ai deux passages, avec une seule entrée, et vous avez pris la mauvaise voie, permettez... » Une légère manœuvre, et le col apparut nettement. Un examen plus soigneux montra qu'elle avait un vagin double. Le septum, une membrane mince et lâche, grâce à laquelle on pouvait à volonté introduire le spéculum dans un cul-de-sac ou sur le col. Après avoir insisté pour que son secret ne fût pas divulgué, elle expliqua avec une franchise engageante les avantages de ce nouvel arrangement : « Vous savez qu'il y a ici un étudiant qui m'adore ; je lui réserve la bonne voie. Je ne permettrais à personne d'y pénétrer. Non, Monsieur, je me respecte trop pour le faire. Mais l'autre voie est au service de mes amies ; là, ils peuvent se divertir sans danger, autant qu'il leur plaît. »

(New-Orléans Medical and Chirurgical Journal.)

BIBLIOGRAPHIE

I. Présence du phosphate d'alumine dans l'urine, par ALEXANDRE GIRARD (en collab. avec le D^r JAMIN). Clermont, Daix.

II. Au sujet de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, par le D^r POITOU-DUPLESSY. (Extrait de la *Revue d'hygiène*.) Paris, MARS-SON, 1891.

III. Traitement par la résorcine en solution concentrée de l'hypertrophie du tissu lymphoïde pharyngien (végétations adénoïdes), par le D^r MARAGE. Corbeil, 1892.

Voici les conclusions de cet intéressant travail sur lequel nous croyons utile d'appeler l'attention de nos lecteurs en raison de l'extrême fréquence des végétations adénoïdes du pharynx nasal, de l'importance de cette affection et de la simplicité et l'efficacité du traitement proposé par notre distingué confrère :

En résumé, dans le traitement des affections du tissu lymphoïde pharyngien, tous les caustiques qui avaient été employés jusqu'ici, entre autres l'acide chromique et le nitrate d'argent, avaient donné des résultats peu favorables : on en était réduit à faire l'opération.

La résorcine en solution concentrée fait disparaître, en dix fois au plus, tous les symptômes, et la guérison n'a pas présenté de rechutes.

C'est un médicament absolument antiseptique, et sans danger pour la santé générale ; les badigeonnages ne présentent aucun inconvénient et le malade ne ressent aucune douleur ; pendant le traitement, il vit de sa vie ordinaire. Il n'y a pas à prendre de précautions spéciales.

Dès la seconde application, tous les symptômes diminuent d'intensité et disparaissent bientôt complètement. Dans les cas les plus défavorables la guérison a été obtenue après dix badigeonnages.

Le plus souvent, après la quatrième ou cinquième application, on voit apparaître une légère pharyngite catarrhale ; le malade se trouve enrhumé, en deux ou trois jours les mucosités disparaissent, et la guérison est obtenue.

Nous ne prétendons pas que l'ablation des végétations adénoïdes par les pinces tranchantes ou par toute autre méthode ne doit plus être faite ; mais nous croyons que la résorcine peut et doit rendre de grands services dans les pharyngites granuleuses et l'hypertrophie de la troisième amygdale : n'aurait-elle pour avantage que de faire disparaître tous les troubles en quelques jours, qu'elle devrait être essayée avant toute tentative chirurgicale.

IV. Informe del medici de las salas de mujeres del hospital casa de Misericordia, par el D^r ESTEBAN MOLLA. Catalan, La Plata, 1891.

V. Sopra un caso di fibromi multipli dell' utero complicanti la gravidanza, pel Dott. CARLO DECIO, Milano, 1891.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

20. — Sur l'infection puerpérale et sur le but que doit se proposer l'obstétrique moderne, par le professeur HÉGAR. (*Revue de thérapeutique*, 1891.) — M. Hégar, avec la grande autorité qu'il possède dans les questions d'obstétrique et de gynécologie, a dépouillé les statistiques officielles du grand-duché de Bade pour faire un peu de jour sur la question de l'emploi des antiseptiques chez les femmes en couches, question qui soulève aujourd'hui de nombreuses controverses.

M. Hégar constate que, dans les quarante dernières années, la mortalité chez les femmes en couches, et pendant les trois septénaires qui suivent la délivrance, n'a pas sensiblement varié dans le pays de Bade. Il a rappelé que les accoucheurs forment deux camps : d'un côté, ceux qui sont partisans de la doctrine de l'auto-infection emploient les antiseptiques *largâ manû*, car ils considèrent la surface interne du vagin et le col de l'utérus comme un champ opératoire qu'il importe de désinfecter avant l'accouchement. De l'autre côté, ceux qui n'accordent qu'une minime importance à l'auto-infection, se préoccupent surtout d'écarter des organes génitaux internes les poisons du dehors ; aussi, limitent-ils au strict nécessaire l'introduction des doigts et des instruments dans le conduit vaginal. C'est cette seconde manière de procéder qui paraît être la bonne, d'après l'enquête dressée par Hégar. Les statistiques du grand-duché de Bade démontrent que l'emploi des antiseptiques, dans la pratique obstétricale, n'a pas fait diminuer la mortalité par infection puerpérale chez les parturientes accouchées par des sages-femmes qui font bien plus d'accouchements que les médecins. Cela tient, d'après Hégar, à ce que l'emploi des antiseptiques nécessite l'introduction dans les voies génitales d'instruments qui sont trop souvent des véhicules de germes pathogènes.

Un premier but à atteindre serait d'obtenir que les sages-femmes s'abtinssent de faire des injections et de pratiquer le toucher dans le cas où l'accouchement marche normalement. Dans ces cas, le toucher est superflu ; par la palpation externe, par l'observation attentive de l'état général du poulx, de la température, de la respiration,

de la succession des contractions utérines, etc., les matrones se renseignent suffisamment sur le point de savoir quand il y a lieu de faire prévenir un accoucheur ; d'autre part, le toucher pratiqué chez les femmes enceintes et chez les parturientes nuit plus à celles-ci qu'il n'éclaire les sages-femmes, qui ne sont qu'insuffisamment familiarisées avec les procédés d'exploration interne. Il est donc préférable de bien les exercer aux pratiques d'exploration externe, et d'obtenir qu'elles s'en tiennent à ce mode d'examen.

*
*
*

21. — Sur l'abus de la désinfection des organes génitaux externes chez les femmes bien portantes, par le docteur C. AXMANN. (*Revue de thérapeutique*, 1891.) — M. Axmann est placé depuis trente ans à la tête de la Maternité d'Erfurth ; en se basant sur les résultats de son observation personnelle, il se rallie à la thèse défendue aujourd'hui en Allemagne par bon nombre d'accoucheurs et qui consiste à voir de sérieux inconvénients dans l'abus qu'on tend à faire des injections de sublimé et d'acide phénique chez les femmes en couches bien portantes. A la Maternité d'Erfurth, toute femme grosse qui va subir une exploration est préalablement baignée, puis on lui fait une injection avec de l'eau chaude (25°). On ne permet aux élèves sages-femmes de pratiquer le toucher qu'une fois qu'elles sont bien familiarisées avec ce genre d'exploration, par les exercices sur le mannequin. Quant au reste, le sublimé et l'acide phénique sont considérés comme des toxiques d'un emploi très dangereux entre les mains inexpérimentées.

Les résultats constatés à la Maternité d'Erfurth, depuis qu'on procède comme il vient d'être dit, sont d'ailleurs excellents. Sur un total de 1,187 femmes gravides ou parturientes qui ont servi à l'instruction des élèves, 46 seulement ont présenté des élévations de température au-dessus du niveau physiologique. D'autre part, sur 59,044 accouchements faits par les sages-femmes dans le district d'Erfurth, de 1882 à 1886, 153 ont présenté des affections puerpérales et 76 ont succombé, ce qui donne un taux de morbidité de 3,26 p. 1,000 et un taux de mortalité de 1,28 p. 1,000 !

(*Revue méd.*)

*
*
*

22. — Du principe actif du persil (apioline) dans le traitement de l'aménorrhée et de la ménorrhagie, par R.-H. HILL, M. D. Washington, D. C. *Extrait analytique du « Medical Standard »*. (Volume IX, n° 6, juin 1891.) — Le persil est depuis longtemps reconnu par la plupart des médecins comme un excellent remède dans le traitement des suppressions, ou des menstrues douloureuses ; et s'il s'est produit, à ce sujet, des divergences d'opinions, ou même, parfois, des résultats contradictoires, c'est que les préparations employées, notamment les préparations d'apiol du commerce, ne présentaient pas l'uniformité de composition nécessaire pour assurer la constance des effets thérapeutiques. Il fallait, pour cela, une méthode chimique appropriée, que Chapoteaut s'est appliqué et a réussi à trouver.

Après une étude approfondie de la plante, ce chimiste a finalement adopté un procédé d'où résulte l'extraction d'un liquide rougeâtre, épais, entrant en ébullition à 275° C (527°), du poids spécifique de 1,113. Le produit obtenu diffère entièrement du véritable apiol (von Gerichten), puisque ce dernier est un corps solide fondant à 30° et bouillant à 300°. Il diffère aussi de l'essence ou huile de persil bouillant à 160° C. ; sa couleur rougeâtre indique, en outre, qu'il ne peut être confondu avec le soi-disant apiol de commerce, qui est un liquide jaune ou vert, d'un poids spécifique d'environ 1,07.

Cette substance, que Chapoteaut appelle *apioline*, paraît bien être le principe actif du persil.

Les observations cliniques en ont démontré l'activité réelle et constante ; et des expériences physiologiques de Laborte, il résulte que cette substance exerce une action énergique et élective sur les organes génitaux, notamment sur l'utérus et ses annexes, grâce à son influence sur le système vaso-moteur.

Elle agit aussi, par le même mécanisme, sur la fibre musculaire lisse du tube gastro-intestinal.

FORDYCE BARKER la recommande tout spécialement pendant la semaine qui précède les menstrues, à dose de 3 grains, *trois fois* par jour. Il la trouve particulièrement efficace chez les personnes anémiques et chlorotiques, et en recommande l'usage combiné, avec de l'aloès et de la podophylline dans les cas où il y a torpeur intestinale.

Le docteur C.-H. BRADFORD, de Philadelphie, qui a obtenu des résultats excellents dans le traitement de l'aménorrhée, cite les cas suivants :

Observation. I. — Une jeune fille de 19 ans avait toujours eu ses

époques d'une manière fort irrégulière, les menstrues étaient faibles et ne s'étaient plus présentées depuis les deux derniers mois. Elles devaient revenir le 17 novembre, et, dès le 12, il lui prescrivit les capsules d'apioline, à prendre, une matin et soir, jusqu'à apparition des règles.

A la visite, le 19 novembre, il la trouva très soulagée ; la menstruation avait commencé à revenir le 18 novembre au matin.

Le même cas se présenta aussi dans mon service du Washington Central Dispensary, et dans ma clientèle privée.

Observation II. — Une mulâtresse de 32 ans, de constitution robuste, primipare, avait joui d'une excellente santé jusqu'à la naissance d'un enfant mort-né, il y a six ans.

L'accouchement, fort laborieux, avait duré trois jours, et on avait dû employer les fers. Depuis, la ménorrhagie avait été si forte qu'elle avait dû garder le lit pendant les deux premiers jours de sa menstruation qui durait quatre jours.

Elle s'adressa à moi, il y a deux ans, et fut traitée par des douches chaudes, le permanganate de potasse, le bioxyde de manganèse, et ce, pendant trois mois, sans résultat.

En décembre 1889, je lui prescrivis trois capsules d'apioline, trois fois par jour, à prendre avant les repas et à commencer trois jours avant l'apparition des règles pour être continuées jusqu'au deuxième jour.

Les capsules ont fait merveille. La période reparut et dura quatre jours.

Je fis encore la même ordonnance le mois suivant, et tout se passa bien, sans perte et sans douleur.

La femme devint bientôt enceinte, et le 21 octobre 1890, après un accouchement de trois heures, je la délivrai, avec les fers, d'un enfant mâle de dix livres et demie.

Le père et la mère ne cessent de me remercier chaque fois qu'ils me voient et déclarent que, grâce à l'apioline, ils ont pu avoir enfin un enfant robuste et plein de vie.

Observation III. — Une personne de 23 ans, de tempérament nerveux et anémique, vint me consulter, en mai 1890, pour une dysménorrhée. Elle avait pris nombre de remèdes, sans succès, et devait, à chaque époque, se coucher pendant deux jours, prendre du cognac et faire des applications de sinapismes.

L'époque durait généralement une semaine et se présentait irrégulièrement.

Je lui donnai 12 capsules d'apioline, par trois à la fois, qu'elle devait prendre deux ou trois fois par jour avant les repas, à commencer trois jours avant les époques, et à continuer jusqu'au deuxième jour.

Un grand soulagement se produisit dès le premier essai.

Je lui prescrivis la même dose aux prochaines époques, et, après en avoir fait usage à trois reprises, elle fut complètement guérie, et se porte on ne peut mieux maintenant.

Observation IV. — Une personne de 23 ans, forte, aimant les plaisirs, avait souffert pendant six ans de ménorrhagie, mais n'avait, jusqu'en juin 1890, jamais consulté de médecin.

Ses époques duraient six jours et elle était obligée de garder le lit les deux premiers jours, prendre des stimulants et appliquer des compresses chaudes.

J'ordonnai 12 capsules d'apioline, par trois à la fois, trois fois par jour, avant les repas, à commencer trois jours avant l'apparition des règles et à continuer jusqu'au deuxième jour.

Elle eut un soulagement dès la première fois, cependant elle souffrait encore légèrement.

Je renouvelai la dose à l'époque suivante ; depuis elle est complètement guérie et ne souffre plus pendant la menstruation,

Observation V. — Une actrice de 25 ans, tempérament hystérique et anémique, avec antécédents nerveux, souffrait d'un rhumatisme inflammatoire en 1885.

En 1888, lorsque j'eus à la soigner, elle était anémique et hystérique.

Elle avait des attaques hystériques. Ses époques duraient environ quatre jours. Elle avait été traitée avec du fer, de l'arsenic, de l'huile de foie de morue, des toniques, du malt, de la pepsine, des bromures, de l'antipyrine, du permanganate de potasse, du bioxyde de manganèse, etc.

Après un séjour au bord de la mer pendant l'été 1889, elle alla beaucoup mieux, au point de faire partie d'une troupe théâtrale, qui se trouvait dans de mauvaises affaires ; de sorte qu'en février 1890, se trouvant dans une position assez malheureuse, elle retomba dans un état nerveux maladif.

Je cédai aux instances de sa famille et lui donnai de nouveau mes soins.

J'avoue que j'étais assez embarrassé, la malade était plus affaiblie qu'elle ne l'avait jamais été et s'adonnait à la morphine et au whisky.

L'estomac refusait toute espèce de nourriture et elle était d'une faiblesse extrême.

Je défendis absolument la morphine et la fis surveiller sans cesse, en tolérant un peu de whisky dans du lait ou en grog, avec un œuf pour nourriture. Je prescrivis du fer, de la quinine et de la strychnine, et lui ordonnai matin et soir des pastilles d'aloès et d'assa foetida.

Une légère amélioration se produisit.

Au printemps 1890, j'insistai, pour l'examiner, afin d'essayer de découvrir la cause de la *dysménorrhée* dont elle souffrait, mais elle refusa de s'y prêter.

Plus tard, cependant, elle y consentit ; l'utérus était très petit et haut placé.

Pendant l'examen, elle fut prise d'une attaque hystérique et j'eus à la suspendre.

Je fis deux autres essais, mais toujours avec le même résultat, ne voulant pas faire usage d'un anesthésique. Continuant mon traitement des fortifiants, et prescrivant en fortes doses de la maltine et du fer, je me décidai, en octobre dernier, à employer l'apioline.

La malade en prit une petite dose avant et pendant ses époques, pendant trois mois, et en fut légèrement soulagée.

En janvier, je lui prescrivis trois fois par jour des capsules d'apioline, et son indisposition durant la deuxième semaine de ce mois fut la moins douloureuse.

Elle dit se bien porter maintenant, être de bonne humeur et espérer pouvoir bientôt paraître sur la scène.

Elle m'annonce à l'instant qu'elle vient d'être indisposée (seconde semaine de février), sans être obligée de se coucher, et ne sentant presque plus de douleur.

Observation VI. — Un récit presque pareil m'est fourni par le Dr J.-D. Morgan.

Une actrice souffrait habituellement au moment de ses époques.

Pertes très faibles et de caractère souvent membraneux.

Quelques jours avant, elle souffrait de maux de tête violents, de palpitations et de mélancolie

D'habitude, le flux menstruel apparaissait accompagné de douleurs extrêmement aiguës, déterminant chez la malade des convulsions très prononcées.

La malade avait été soignée par des sommités médicales, sans aucun résultat.

L'emploi de l'apioline, prise aux mêmes doses que ci-dessus, l'a soulagée depuis et a fait disparaître ces symptômes.

L'apioline est particulièrement recommandable dans la *dysménorrhée spasmodique et congestive*, cas dans lequel l'on doit surtout chercher à égaliser la pression circulatoire, en augmentant la puissance de l'effort ovarien.

Dans les cas d'aménorrhée où les règles ont disparu depuis peu de temps, elles réapparaissent vite. Dans les cas dépendant de troubles utérins, et où un traitement interne est recommandé, ce remède fait cesser la suppression, régularise les menstrues, prévient les douleurs, et peut être considéré comme un emménagogue des plus efficaces.

Bien que ce produit soit classé comme un spécifique dans les désordres menstruels, il ne faut pas oublier que ces troubles sont souvent subordonnés ou associés à une atonie générale du système, qui exige des toniques, des hématiques et des moyens hygiéniques appropriés.

On ne peut se flatter de faire disparaître la dysménorrhée provenant d'obstruction pathologique du canal utéro-cervical, causes que l'on néglige parfois d'approfondir.

Mais même dans ces circonstances, comme nous venons de le prouver dans le cas V, c'est un excellent palliatif; il permet un traitement local indiqué et nécessaire qui, pour des raisons évidentes, n'était pas possible avant son emploi.

(*Journ. d'Accouchements.*)

* * *

23. — Traitement de l'inversion utérine par tractions sur le cordon, par le docteur René BELIN. (*Bulletin de la Soc. de Méd. prat. de Paris*, séance du 19 novembre 1891.) — L'auteur, ayant eu occasion de recueillir une observation d'inversion utérine obstétricale suivie d'autopsie (chose extrêmement peu fréquente), s'est fondé sur les résultats de ses observations anatomopathologiques pour reprendre en partie l'histoire de cette affection. Comme *pathogénie*, la cause capitale réside dans les tractions intem-

pestives sur le cordon au moment de la délivrance ; viennent ensuite la parésie de l'utérus après un accouchement précipité, les adhérences anormales du placenta (*morbid attachment* des Américains) ; enfin, l'insertion du cordon au centre même du placenta, en cas de tractions sur le cordon. L'opinion des auteurs anciens faisant jouer, dans la production de l'inversion utérine, un rôle actif à la contraction des muscles de la paroi abdominale, doit être rejetée, mais il n'en est pas de même de l'action du muscle utérin se contractant inégalement et par zones concentriques, et agissant sur lui-même en avalant, pour ainsi dire, par un mouvement automatique de déglutition, la portion du segment utérin située au-dessus de lui. La rapidité du travail, l'accouchement dans la station debout favorisent beaucoup l'inversion.

M. Belin reconnaît comme causes prédisposantes très réelles : la primiparité, la débilité constitutionnelle, les facteurs de l'accouchement pénible et laborieux : rétrécissements du bassin, induration du col, etc.

Le traitement doit consister dans la *réduction* tentée immédiatement, réduction manuelle sans aide d'aucun instrument. Le procédé de réduction varie suivant qu'il s'agit d'une inversion complète ou incomplète (avec ou sans participation du segment cervical). Dans le premier cas, M. Belin conseille d'agir en déprimant le fond de l'utérus et le repoussant peu à peu jusqu'à réduction complète. Dans le second cas, il serait nécessaire d'agir directement sur le col à la façon classique de la réduction herniaire, c'est-à-dire en faisant peu à peu parcourir à la partie inversée, et en sens contraire, les diverses phases du renversement. Quel que soit le procédé à employer, étant donnée la nécessité d'agir sans perte de temps, il ne paraît pas nécessaire d'avoir recours à l'anesthésie chloroformique.

(Un. méd.)

* *

24. — Lait de femme. — Le professeur Monti a fait un grand nombre de recherches sur le poids spécifique, la réaction chimique et la richesse en corps gras du lait de femme.

Pendant la lactation, le poids spécifique du lait présente des oscillations journalières. Quand le poids spécifique du lait oscille entre les limites normales, comprises entre 1030 et 1034, le poids de l'enfant augmente régulièrement. L'accroissement du poids de l'enfant existe

encore dans les cas où le poids spécifique du lait, d'abord en dessous de la normale, s'élève peu à peu, mais d'une façon constante, pour atteindre au bout d'un certain temps son taux normal. Dans les cas où le poids spécifique du lait monte rapidement pour tomber ensuite avec non moins de rapidité, l'augmentation du poids de l'enfant ne se fait plus régulièrement et est très peu accusée. Enfin, si le poids spécifique du lait diminue régulièrement pendant plusieurs jours, le poids de l'enfant s'abaisse.

Les recherches sur la réaction chimique du lait font penser que la réaction neutre du lait survient sous l'influence de troubles pathologiques de la glande mammaire et de la menstruation. Ordinairement dans ces cas le nourrisson est pris de dyspepsie ou de catarrhe intestinal.

Au point de vue de la richesse du lait en *beurre*, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : Le lait doit être considéré comme bon et propre à l'alimentation de l'enfant lorsque, avec un poids spécifique de 1030 à 1035, il renferme de 3 à 5 p. cent de graisse. Il y a toujours d'ailleurs une relation directe entre le poids spécifique et la quantité de graisse du lait. La menstruation n'exerce pas d'influence bien marquée sur ces deux éléments.

Dans les cas où, malgré le poids spécifique élevé, le lait était pauvre en graisse, les enfants augmentaient péniblement de poids. Une proportion considérable de graisse est quelquefois due à des processus pathologiques tels que la mastite, la fièvre, etc. ; mais, d'un autre côté, sous l'influence de ces mêmes processus, le lait peut devenir très pauvre en graisse.

(Revue des maladies de l'enfance.)

* * *

25. — Alimentation artificielle. — Coagulation et digestion du lait dans l'estomac de l'enfant. (ESCHERICH.)

— L'auteur considère la caséine comme une nucléo-albumine combinée au calcium et aux phosphates terreux, et il indique les différences entre la caséine du lait de vache et celle du lait de femme. Puis il aborde la coagulation du lait par le *lab-ferment* qu'on trouve déjà dans l'estomac des nourrissons et par les acides.

Le coagulum formé par le lab-ferment est compact, très rétractile, de sorte qu'il forme un bloc homogène. Pourtant, dans certaines

conditions, le coagulum formé par le lab-ferment, notamment quand on agite le lait au moment de la coagulation, quand le lait est étendu d'eau ou mis à une température basse, quand le lab se trouve en solution étendue, etc., ce coagulum est riche en sels, peu soluble dans l'acide acétique ou dans une solution de soude.

Le coagulum formé sous l'influence des acides est floconneux, peu rétractile, ne contient presque pas de sels et laisse fort peu de cendres à la calcination.

La digestibilité des deux coagulums n'est pas la même. En faisant agir sur les deux une solution de suc gastrique artificielle et en dosant l'azote des peptones qui se forment et l'azote de la caséine non digérée, Escherich a trouvé que le coagulum acide se peptonisait plus rapidement et plus complètement que le coagulum par le lab-ferment.

(Id.)

* * *

26. — La dilution du lait dans l'alimentation artificielle des nourrissons. — M. Neebe s'élève contre la dilution du lait destiné aux nourrissons. On a admis que la caséine du lait de vache étant difficile à digérer, il faut présenter à l'estomac du nourrisson un liquide ne contenant que 1 p. cent de caséine.

L'indigestibilité de la caséine est due à ce que le lait de vache forme, pendant la coagulation, de *gros flocons* ; or, Uffelmanna a démontré que lorsque le lait est additionné de quatre parties d'eau, la coagulation du mélange produit les mêmes flocons volumineux que le lait pur. Pour éviter la formation de ces gros flocons, il faut ajouter au lait un liquide mucilagineux, tel qu'une décoction de riz, de salep, d'orge.

(Id.)

Uffelmanna considère comme hors de propos et même comme dangereux, d'étendre le lait de vache avec trois fois son volume d'eau, car l'insuffisance de matière azotée et de graisse doit entraîner des effets nuisibles. Il n'a jamais été démontré qu'un nourrisson ne peut digérer la caséine du lait de vache que dans la proportion de 1 %. Ce qui s'est vu et peut se voir tous les jours encore, c'est qu'un enfant de quelques semaines peut digérer et assimiler du lait dosant de 4 à 4 1/2 p. cent de matières protéiques.

Lorsque le lait est riche, qu'il renferme la quantité de protéine ci-dessus de 3 1/2 à 4 p. cent de graisse, on ajoute 75 parties d'eau, et

l'on a alors dans ces 175 parties de mélange environ 2 1/2 p. cent de protéine avec 2 ou 3 % de graisse.

Si le lait est un peu moins riche, on diminue proportionnellement l'eau de dilution. Pour procéder logiquement, il importe d'avoir égard à la qualité du lait ; c'est pourquoi il est nécessaire de faire souvent analyser le lait de vache que l'on donne aux nourrissons.

Il ne suffit donc pas de se borner à demander, comme cela se fait malheureusement trop souvent, d'où vient le lait servi à l'enfant, de quelle façon sont nourries les vaches qui le fournissent, etc. ; il faut être renseigné exactement sur ce qu'il renferme de matières alibiles.

Le coupage du lait varie naturellement avec l'âge de l'enfant.

Uffelmann a adopté une méthode qu'il déclare ne devoir jamais modifier, tant il a toujours été satisfait de ses résultats.

Le premier et le deuxième jour : 3 parties d'eau et une partie de lait ; puis, pendant les quatre semaines qui suivent, 2 parties d'eau et une partie de lait. Il passe ensuite à 1 partie d'eau et 1 partie de lait. Au commencement du troisième mois, il ne fait plus ajouter que 75 parties d'eau à 100 parties de lait et même simplement 60 parties d'eau à 100 parties de lait.

Cette nourriture peut être continuée jusqu'à 7 mois, époque où l'on diminue graduellement l'eau de telle sorte qu'à 9 mois on ne donne plus que du lait pur.

Quant au sucrage du lait de vache, Uffelmann n'accorde nulle préférence au sucre de lait sur le sucre ordinaire, attendu que celui-ci comme celui-là doit se transformer en glucose avant d'être absorbé.

Comme avantages, le sucre de canne ou de betterave a ceux d'être plus facile à se procurer et d'être à meilleur marché.

Pour assurer au lait de vache une plus facile digestibilité et une assimilabilité plus complète, on a vanté tout particulièrement, comme satisfaisant à ce desideratum, le mélange avec des liquides mucilagineux (mucilage d'orge, de gruau d'avoine, bouillon de veau, solution de gélatine....)

Uffelmann a trouvé que le mucilage d'orge, outre qu'il modifie avantageusement le mode de coagulation du lait, en rendant les grumeaux plus petits, conséquemment plus aisément élaborables, introduit encore dans le lait de vache la *potasse*, qui normalement s'y trouve en plus faible quantité que dans le lait de femme.

Von Dusch est d'avis que le mucilage d'avoine rend aussi de très grands services.

De notre côté, nous avons préconisé le mucilage d'avoine pour les enfants ayant de la tendance à la constipation.

Toutefois, le mélange du lait avec ces décoctions ne doit se faire *qu'au moment de donner la nourriture à l'enfant*. En procédant autrement, on s'expose à avoir un liquide fermenté et de nature à provoquer des troubles digestifs.

Le coupage au bouillon de veau est favorable aux enfants en imminence de rachitisme.

La nourriture au lait de vache doit être maintenue à la température de 38 degrés centigr. pendant que les enfants la prennent.

(*Journal d'accouchements.*)

* *

27. — Sur quelques indications de la laparotomie, par le professeur O. KÜSTNER. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 1, p. 8). — Le professeur Küstner soutient d'abord, avec faits à l'appui, que les adhérences péritonéales consécutives à une laparotomie pratiquée suivant les règles de l'art, ne sont qu'exceptionnellement la cause d'accidents graves, que la laparotomie bien faite est une opération inoffensive, et qu'on est en droit de la pratiquer dans un simple but de diagnostic.

M. Küstner ne croit pas à l'efficacité curative de la laparotomie dans les cas de péritonite tuberculeuse. Les exemples de guérison qu'on a publiés se rapportaient sans doute à des erreurs de diagnostic. L'auteur a pratiqué la laparotomie dans 4 cas où on avait porté le diagnostic de péritonite tuberculeuse. A l'ouverture du ventre, on a trouvé le péritoine parsemé de granulations miliaires tuberculeuses. L'examen histologique a démontré que ces granulations ne renfermaient pas de bacilli tuberculosi.

M. Küstner soutient ensuite qu'on abuse considérablement de la laparotomie, dans les cas d'inflammation chronique des trompes et des ovaires, et que, même dans les cas de salpingite gonorrhéique, un traitement simple, cures thermales, tampon, massage, vient souvent à bout des accidents, sans entraîner une mutilation irréparable.

Pour ce qui est de l'intervention dans les cas de position vicieuse de l'utérus, M. Küstner a recours à la laparotomie dans deux catégories de cas; quand l'utérus est fixé en rétroversion, et quand l'utérus déplacé a conservé sa mobilité. Dans les cas du premier groupe, la laparotomie a pour but de frayer à l'opérateur un chemin pour dé-

truire les adhérences qui fixent l'utérus en place ; dans les cas du second groupe, elle constitue un acte préparatoire à la ventrofixation.

Cette dernière opération convient particulièrement dans les cas de prolapsus total de l'utérus ; M. Küstner la combine alors avec la colporrhaphie.

E. R.

(*Rev. gén. de méd. de clin. et d'obst.*)

* *

28. — Nouveau traitement de la métrite du col, par M.

L. THOUVENAINT. (*Archiv. de tocologie*, décembre 1891.). — 1. Repoussant l'emploi de la cautérisation au fer rouge ou en surface par les caustiques, M. Thouvenaint emploie les injections interstitielles.

Il se sert d'une seringue de Pravaz à long piston et à aiguille longue, et injecte à une profondeur de 2 à 5 millimètres, à deux ou trois places différentes, 1/4 de seringue chaque fois de la solution suivante :

Créosote pure par hêtre.	} à parties égales.
Alcool	
Glycérine.....	

2. Il scarifie ensuite le col avec la herse de Doléris.

3. Il antiseptise en projetant sur le col de la poudre à parties égales du salol, d'iodoforme et de salol, et applique ensuite deux tampons.

L'opération du pansement se renouvelle tous les deux jours, sans qu'on pratique d'injections.

Les phénomènes ressentis par la malade sont, aussitôt l'injection faite, la saveur de la créosote, une sensation de chaleur générale avec transpiration et quintes de toux. Il n'y a aucune douleur.

Localement, ou bien on n'observe rien en surface, ou bien il y a de légères eschares superficielles, ou des eschares plus profondes.

Les troubles fonctionnels disparaissent rapidement ainsi que l'écoulement. Dans deux cas, des malades atteintes d'épithélioma du col ont retiré un grand bénéfice du traitement.

H. B.

* *

29. — Traitement des vomissements graves de la

rossette. (Routh). — M. Routh divise les divers traitements qui ont été employés pour combattre les vomissements graves de la grossesse, en quatre classes :

1° Les traitements qui tendent à modifier l'état général de la patiente et à abaisser l'excitabilité du centre cérébral de la vomituration ;

2° Ceux qui diminuent l'irritabilité de la muqueuse stomacale ;

3° Le traitement pelvien, variant selon l'opinion du médecin et les conditions existantes.

Les remèdes thérapeutiques tels que les alcalins, l'aconit, la salicine, l'acétate de plomb, le calomel, le salol, le phénol, les bromures, etc., peuvent soulager dans certains cas, mais non guérir.

Les médicaments les plus dignes de confiance sont la cocaïne, la teinture d'iode et le menthol, que Routh a trouvés très utiles dans les formes non graves de vomissements.

Les moyens accessoires, tels que les vessies de glace ou les applications chaudes sur la colonne vertébrale, les cataplasmes et les vésicatoires sur l'estomac et le foie, les pulvérisations d'éther sur l'épigastre, les badigeonnages du pharynx à la cocaïne, ont été justement recommandés par un grand nombre de praticiens.

L'abstention de tout rapport sexuel serait, d'après Higgins, à conseiller dans tous les cas de vomissement.

Le traitement médical et tous les moyens accessoires ayant souvent échoué, il est naturel que l'on ait cherché la cause de ces vomissements du côté du pelvis. Ainsi, un observateur croyant à une constriction du col, due à une position vicieuse, relèvera l'utérus ; un autre dilatera le col, croyant à une contraction spasmodique ou congestive ; un troisième fera une application de cocaïne pour diminuer l'hyperesthésie, qui semble être la cause du mal.

Ces différentes manières de traiter suivant le diagnostic de la cause, amènent parfois de bons résultats, mais ceux-ci ne sont pas constants.

Le procédé de dilatation du col, trouvé accidentellement par Copeman en 1875, en voulant provoquer un avortement pour vomissements incoercibles, n'est pas à conseiller, bien que la dilatation n'amène pas fatalement l'élimination du produit de la conception.

Pour Routh, il est certain que tous les cas de vomissements graves de la grossesse sont identiques au point de vue étiologique et ne diffèrent que par le degré et non par la cause occasionnelle.

Pour lui, une contre-irritation exercée sur le col utérin constitue le remède le plus efficace, et il se sert, pour cela, d'une solution concentrée d'iode, faite de parties égales d'iode et d'iodure de potassium, d'alcool et d'eau.

Il badigeonne, à travers le spéculum mis en place, le col utérin et l'extrémité vaginale du canal cervical, au moyen d'un petit tampon d'ouate trempé dans la solution et tenu entre les mors d'une pince ou sur un porte-tampon. L'excès de la solution est ensuite enlevé et le spéculum retiré.

Le traitement local à la cocaïne préconisé par le Dr W. Duncan, donnerait également de beaux résultats, moins réguliers cependant et surtout moins durables.

Routh pense que les succès obtenus par Hewitt par la reposition de l'utérus déplacé — ce qui exige toujours une certaine manipulation du col — par le badigeonnage à la cocaïne, ou encore par la dilatation selon Copeman, sont dus à la même cause : la contre-irritation du col par ces différents traitements. (*Medical Presse and circular* et *Bull. méd.*)

FORMULAIRE

Traitement de la tympanite abdominale par la teinture de thuya occidentalis (JULES CHÉRON).

On a proposé récemment, en Angleterre, de combattre le tympanisme abdominal, qu'on observe parfois après les ovariectomies, à l'aide de lavements d'essence de térébenthine. Dès les premiers lavements, on verrait le ballonnement du ventre diminuer d'une façon notable et la guérison serait rapide.

J'ai songé à remplacer les lavements d'essence de térébenthine par l'administration, à l'intérieur, de la teinture de thuya occidentalis. Cette idée était d'autant plus rationnelle que cette teinture contient une variété spéciale de térébenthine, amie de l'estomac, agissant, comme je l'ai souvent observé, de la façon la plus remarquable sur le flux des muqueuses et en particulier sur le catarrhe gastrique et sur le catarrhe intestinal.

Voici dans quelles conditions, j'ai mis en pratique ce mode de traitement :

Il s'agissait d'un tympanisme abdominal généralisé en rapport avec une entéro-péritonite localisée d'origine traumatique. La malade était dans un état qui aurait pu, à bon droit, paraître inquiétant. Tout le ventre était ballonné, distendu au maximum ; bien que la douleur fût nettement localisée dans le flanc gauche ; il n'y avait pas eu de

vomissements, mais la malade refusait tout aliment, ayant des nausées continuelles ; la respiration, gênée par le refoulement du diaphragme, était devenue rapide et légèrement anxieuse ; il n'y avait eu ni garde-robes ni évacuation de gaz, par l'anus, depuis cinq jours ; cependant le faciès n'était pas grippé et le pouls un peu accéléré, restait fort et vibrant, ce qui écartait l'idée de péritonite étendue. La température était à 39°.

J'ordonnai trente gouttes de teinture de *thuya occidentalis*, à prendre, en trois fois, dans un peu d'eau et je recommandai vivement de respecter le repos de l'intestin, interdisant, de la façon la plus formelle, toute espèce de purgatif et de lavement.

Dès le premier jour, et surtout à la fin du second, l'amélioration était déjà notable ; au 3^e jour il y eut d'abondantes évacuations de gaz par l'anus ; le ballonnement épigastrique était très diminué, l'anxiété respiratoire avait disparu ; les nausées avaient cessé et la malade put dormir plusieurs heures consécutives, dans une détente très marquée.

L'usage de la teinture de *thuya occidentalis* fut continué pendant une dizaine de jours, mais, dès le quatrième jour, le tympanisme avait cédé, et la malade allait spontanément à la garde-robe. Dès ce moment la situation perdait tout caractère de gravité, il n'y avait plus lieu de songer à ponctionner l'intestin.

Dans le cas qui précède, j'ai ordonné à la malade, dix gouttes de teinture de *thuya occidentalis*, dans un peu d'eau, trois fois par jour. On peut, sans aucun inconvénient, augmenter les doses, si l'amélioration n'est pas rapide, et donner cinquante, soixante gouttes, voire même cent gouttes dans la journée. Ce médicament est du reste si peu toxique que je l'ai très souvent prescrit à la dose (progressivement atteinte, il est vrai) de trois cents gouttes par jour, continuée pendant plusieurs mois, sans interruption, dans un tout autre cas, bien entendu.

La teinture de *thuya* doit faire en tombant dans l'eau, un trouble laiteux comme celui que fait l'absinthe. Si la teinture ne trouble pas l'eau, elle est privée de l'un de ses principes thérapeutiques essentiels ; il faut, dans ce cas la rejeter.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR MÉTRITE FONGUEUSE.

II. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE NÉCESSITÉE PAR UNE PERFORATION UTÉRINE.

I. — L'hystérectomie vaginale est une opération à l'ordre du jour.

Appliquée au traitement des cancers de l'utérus, elle devient de plus en plus défendable à mesure que les statistiques s'améliorent et que la mortalité opératoire diminue.

Elle tend à remplacer, dans beaucoup de cas de suppurations pelviennes graves, l'ablation des annexes par la laparotomie et il faut bien dire qu'elle est la seule ressource réellement efficace pour les malades, heureusement peu nombreuses, qui sont soumises à des réinfections continuelles de l'utérus. On ne peut songer en effet, chez ces malades, à se contenter des dilatactions utérines et du curettage, puisque la muqueuse nouvelle se ra bientôt infectée comme l'était l'ancienne et les lésions des annexes ne tarderont pas à subir une nouvelle poussée. Si l'on enlève les annexes, au moyen de la laparotomie, en laissant l'utérus en place, l'infection utérine n'en causera pas

moins des poussées de pelvi-péritonite, comme si trompes et ovaires n'avaient pas été enlevés. L'hystérectomie seule est susceptible d'empêcher les récides de pelvi-péritonite dans les conditions particulièrement défavorables dont je parle ; on en voit des exemples, mais il faut se hâter d'ajouter que ces cas sont de beaucoup les moins nombreux. Dans la très grande majorité des salpingites, la gynécologie conservatrice est de mise et donne des guérisons durables.

Je ne fais que rappeler ici l'hystérectomie dans le cas de tumeurs fibreuses dont les indications doivent être restreintes aux fibromes s'accompagnant de phénomènes graves de compression des organes voisins, pour arriver immédiatement à une indication exceptionnelle de cette opération : la métrite fongueuse hémorrhagique.

M. Ozenne (1) vient de publier un cas d'hystérectomie vaginale pratiquée chez une femme de 44 ans, atteinte d'endométrite hémorrhagique. L'utérus était en antéversion ; l'hystérométrie avait démontré que la paroi antérieure était tellement amincie à sa jonction avec le fond de l'organe que l'extrémité de l'hystéromètre semblait pour ainsi dire en rapport immédiat avec la face profonde de la paroi abdominale. En présence de cette anomalie, le curettage fut rejeté comme dangereux et susceptible de produire une perforation. Les hémorrhagies incessantes semblant menacer la vie de la malade, M. Ozenne pratiqua l'hystérectomie, et voici ce que démontra l'examen de la pièce : « A l'œil nu, l'utérus, volumineux, présentait l'aspect de la métrite parenchymateuse chronique ; après section de l'organe, on constatait que la paroi postérieure et le fond étaient le siège de l'hypertrophie ; quant à la paroi antérieure, elle était également épaissie en avant, mais au

(1) OZENNE : Hystérectomie vaginale dans un cas de métrite fongueuse hémorrhagique pour laquelle le curettage était inapplicable chez une femme de 44 ans, guérison. *Société médicale du IX^e arrondissement*, 14 janvier 1892.

niveau de la corne utérine droite, elle offrait, dans une étendue d'une pièce d'un franc, un amincissement très prononcé et ne paraissait constituée que par le revêtement péritonéal et une très légère couche de tissu ulcéré; tout autour de ce point existaient des végétations bourgeonnantes, mollasses, de couleur gris-noirâtre et donnant une odeur de produits macérés. Le reste de la muqueuse du corps semblait épaissi, de même que celle de la région cervicale indemne de toute ulcération. » A l'examen histologique, on constata qu'il s'agissait simplement d'une endométrite fongueuse.

Cette observation est intéressante au point de vue anatomo-pathologique et elle montre, une fois de plus, qu'il ne faut jamais faire de curettage brutal et qu'il est indispensable de se rendre compte de l'épaisseur des parois utérines avant d'introduire une curette. C'est surtout au niveau des cornes utérines qu'on rencontre ces amincissements de la paroi qu'il faut bien connaître. Mais est-ce à dire pour cela que l'hystérectomie était formellement indiquée? Pour ma part, je ne compte pas les cas dans lesquels j'ai obtenu des guérisons durables d'endométrites hémorragiques anciennes et graves avec des moyens simples tels que les injections vaginales chaudes, les injections intra-utérines de perchlorure de fer ou de teinture d'iode, etc., alors que les malades refusaient toute opération. Sans doute, le traitement est toujours long quand on ne peut pas abraser la muqueuse avec la curette, mais on arrête très vite les hémorragies et la guérison de l'endométrite n'est plus alors qu'une affaire de patience. Il eût été sans doute plus sage de recourir d'abord aux petits moyens que de se décider d'emblée à pratiquer l'ablation de l'utérus, l'hystérectomie étant toujours une intervention grave, même entre les mains des meilleurs opérateurs.

I. — J'ai eu l'occasion d'assister, l'année dernière, à une hystérectomie vaginale pratiquée dans les conditions suivantes :

Une malade était entrée dans le service de M. le D^r Segond, à la maison Dubois, pour être guérie d'une endométrite hémorrhagique. Le matin même, l'interne avait fait le curettage avec la plus grande douceur et tout s'était bien passé jusqu'à la fin de l'opération. Mais voilà qu'en poussant une injection dans l'utérus, on s'aperçut que tout le liquide de l'injection, au lieu de revenir dans le vagin, passait dans la cavité abdominale.... M. Segond pratiqua immédiatement l'hystérectomie, et on examine la pièce.

Dans l'axe même de la cavité utérine, il existait une perforation cylindrique absolument régulière, traversant de part en part le fond de l'utérus. On ne pouvait songer à incriminer une curette, qui aurait fait une perforation plus large et moins régulièrement cylindrique. Tout indiquait, au contraire, qu'il s'agissait d'une perforation ancienne faite avec un instrument cylindrique. On pensa que seule une sonde à électrolyse clinique avait pu produire une lésion de cette nature et, ce qui vint confirmer cette supposition, c'est que la malade raconta plus tard qu'elle avait subi plusieurs séances d'électrolyse intra-utérine.

Il est bon de retenir ce fait pour éviter semblable accident quand on a recours à l'électrolyse chimique, surtout avec les hautes intensités. Dans le cas précédent, la perforation était passée inaperçue parce qu'elle était exactement limitée à l'utérus, et il a fallu qu'on pratiquât une injection intra-utérine pour la reconnaître. On pourrait n'être pas toujours aussi heureux et perforer, en même temps que l'utérus, une anse intestinale, par exemple, et produire ainsi les accidents les plus graves.

J. CHÉRON.

APPLICATIONS DE LA GALVANO-CAUSTIE THERMIQUE

à la gynécologie,

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

INTRODUCTION.

La gynécologie emprunte aujourd'hui ses ressources thérapeutiques les plus puissantes à l'intervention chirurgicale. C'est pour cela que son domaine opératoire s'étend chaque jour.

Dans le grand mouvement chirurgical qui s'est accentué, à la fois, dans tous les pays du monde, il y a quelques années, sous l'influence de la découverte des bienfaits de l'antisepsie, la gynécologie a pris une part prépondérante. C'est ainsi que nous avons vu se vulgariser rapidement cette grande et précieuse conquête chirurgicale considérée naguère comme une témérité blâmable, l'*ovariotomie*, qui est devenue, grâce à la simplification et au perfectionnement du manuel opératoire, une opération courante à la portée de tous les chirurgiens.

Plus tard sont venues la *castration ovarienne* (opération de Battey), qui semble devoir constituer une ressource précieuse dans quelques cas, heureusement rares, de métrorrhagies symptomatiques de corps fibreux, métrorrhagies ayant résisté à tous les moyens médicaux, la *salpingo-ovariectomie* (opération de Lawson Tait) dont on a un peu abusé pendant ces dernières années, et qui doit être réservée aux pyosalpinx graves et rebelles et non plus appliquée indistinctement à toutes les variétés bénignes de tubo-ovarites qui sont curables par des moyens plus inoffensifs.

L'*hystérectomie abdominale* semble, en ce moment, céder de plus en plus le pas à l'*hystérectomie vaginale* par morcellement dont le manuel opératoire a été surtout perfectionné dans ces dernières années ; c'est au traitement des tumeurs bénignes ou malignes de l'utérus qu'elle doit être le plus fréquemment appliquée et accessoirement aux suppurations

pelviennes rebelles aux procédés de la gynécologie conservatrice.

L'*hystéropexie* abdominale est à l'étude, depuis peu de temps ; c'est à l'avenir de nous apprendre quels sont ses résultats éloignés ; elle semble cependant, dès aujourd'hui, devoir remplacer le *raccourcissement des ligaments ronds* (opération d'Alquié-Alexander-Adams) dont la vogue paraît devoir être éphémère.

L'*incision exploratrice de l'abdomen*, après avoir arrêté d'abord les moins timides, a vu ceux-là même qui la condamnaient au début, abuser peut-être à leur tour de ce moyen héroïque de diagnostic, d'une valeur pratique Incontestable.

Certes, le grand mouvement chirurgical que je viens de rappeler représente un progrès considérable. Il ne faudrait pas croire cependant qu'il résume toute la gynécologie. L'ablation de l'utérus et des annexes peuvent être, dans certains cas particulièrement graves, l'*ultima ratio* du chirurgien, mais la gynécologie conservatrice est incontestablement préférable dans toute autre circonstance, et c'est à perfectionner cette gynécologie conservatrice, c'est à en étendre les applications que tendent les efforts des esprits les plus judicieux.

Il est donc bon de dire qu'à côté des grandes interventions chirurgicales il existe une chirurgie gynécologique à moins grand effet sans doute, mais dont les indications se rencontrent chaque jour avec une importance pratique qui ne le cède en rien à celle des grandes opérations abdominales ; je veux parler de la *périnéorrhaphie*, si élégamment simplifiée par Lawson Tait, de l'*élitrorrhaphie*, de l'*opération de la fistule vésico-vaginale* avec ses derniers perfectionnements, de la *dilatation du canal cervical et de la cavité utérine* (Vulliet), du *drainage de la cavité utérine*, du *curettage* rendu innocent par l'introduction de l'antiseptie et l'amélioration de l'outillage, et dont les bienfaits ne se bornent pas à la guérison de l'endométrite, car les lésions des annexes en bénéficient dans presque tous les cas (Walton), de l'*ablation des polypes fibreux et des polypes utéro-folliculaires*, des *incisions simples ou ignées du canal cervical*, de

l'excision des ectropions, de l'ignipuncture ou de la galvano-puncture, de l'amputation du col hypertrophié, etc.

Cet exposé démontre que la gynécologie est essentiellement opératoire, même en ce qui concerne le traitement des inflammations utérines.

Les gynécologues de tous les pays se plaisent à reconnaître ce que j'avance. Les cautérisations au nitrate d'argent, le badigeonnage du col et du canal cervical avec la teinture d'iode voient diminuer leurs indications. La connaissance de l'évolution morbide de la muqueuse du canal cervical, évolution que je crois avoir exposé le premier, fait comprendre aujourd'hui l'ulcération tout autrement qu'on ne la comprenait encore hier et démontre qu'on ne peut obtenir la guérison complète de cette affection qu'en s'attaquant à la lésion du canal cervical dont elle dérive. Ces connaissances commencent à se vulgariser, et, comme le disait plaisamment un de nos confrères il y a peu de temps en faisant une comparaison : « Ce n'est pas en barbouillant de teinture d'iode le bout du nez ou en cautérisant au nitrate d'argent l'ouverture des narines que l'on guérit les coryzas chroniques.

Je ne voudrais pas que l'on pût croire d'après ce que je viens de dire, que la gynécologie proprement dite doit devenir exclusivement chirurgicale et se laisser absorber par la chirurgie. Une semblable pensée est loin de mon esprit. Dans l'intérêt de la gynécologie, dans l'intérêt des malades, il est nécessaire que les opérations que nous venons de passer en revue ne soient pratiquées que par des mains exercées aux pratiques qui concernent l'utérus. Dans la grande chirurgie le sang-froid est une qualité maîtresse, la force est quelquefois de mise avec avantage et la brutalité elle-même n'est pas une raison d'insuccès ; dans la chirurgie gynécologique au contraire, l'habileté, la précision, l'adresse, voire même la douceur sont à mettre au premier rang. De très grands chirurgiens ont condamné le raclage de la cavité utérine parce qu'ils avaient perforé l'organe, alors qu'ils faisaient brillamment et avec succès de grandes opérations. Quoi qu'il fasse, un chirurgien ne parviendra pas à s'improviser gynécologiste pas plus qu'il ne s'improvisera ophthalmologiste, laryngologiste, etc. Dans l'intérêt de la science, la spécialité

largement comprise est une des nécessités de la médecine moderne.

En février 1872, je développais cette manière de voir dans un article de *l'Indépendance médicale* que je me plais à rappeler :

A une époque éloignée de nous, alors que les connaissances humaines très limitées dans leur étendue pouvaient être embrassées par un seul homme, assimilées dans le cours d'une seule existence, il n'y avait pas lieu de scinder, comme on l'a fait depuis lors, l'ensemble du savoir en diverses branches. Personne n'ignore que cet ensemble du savoir est un et que les divisions et subdivisions introduites depuis les premiers temps de la civilisation, ont eu pour but de faciliter l'étude de la science livrée ainsi aux méditations et à l'étude d'hommes spéciaux se cantonnant dans un espace limité de l'inconnu afin d'en mieux pénétrer les mystères.

Les choses et les phénomènes de la nature furent les premiers sujets d'exploration, bientôt l'intelligence faisant fausse route osa tenter, par la philosophie, l'étude des premiers effets et des premières causes, alors que la matière, les lois qui la régissent et les phénomènes dont elle est le siège, étaient à peine entrevus.

Plus sages enfin, ou plutôt vaincus par l'impuissance de leurs moyens, les hommes ne tardèrent pas à s'avancer dans la voie de l'observation à l'aide des instruments enfantés par leur génie, à l'aide de la méthode et des théories préexistant aux faits dont elles amenaient la découverte.

Grâce à cette voie nouvelle, le savoir acquit chaque jour une étendue plus vaste ; les phénomènes de même ordre ou du moins appréciés tels, se groupèrent sous une dénomination commune, et le savoir, de moins en moins indivis, se scinda en une série de sciences secondaires, dont la plupart sont parvenues jusqu'à nous dans leur intégrité.

A son tour, chacune de ces subdivisions nécessita des groupements nouveaux ; la physique comprit le calorique, l'optique, l'électricité ; l'histoire naturelle admit comme parties composantes, la zoologie, la botanique, la géologie, la minéralogie ; et la médecine elle-même, dès les temps les plus re-

culés, fractionna son exercice abandonné, ainsi divisé, à des hommes de différentes classes qui furent les premiers spécialistes.

La médecine avec Hérophile et Erasistrate, se séparait de la chirurgie d'une façon nette ; trois siècles avant notre ère, et longtemps auparavant, l'art des accouchements était abandonné à des femmes qui se consacraient spécialement à son exercice, alors que les prêtres s'occupaient seuls du traitement des maladies vénériennes, et que les médecins qui se consacraient aux opérations pratiquées sur les voies urinaires ne jouissaient pas d'une grande considération.

« Le domaine de la médecine est si vaste, dit Scribonius Largus qui vivait peu de temps après Celse, que chacun est le maître d'y choisir ; aussi en voit-on porter le nom de médecins, bien qu'ils ne professent qu'une seule partie de l'art. »

Les médecins de l'antiquité se livraient d'une manière si nette à l'exercice d'une seule partie de l'art qu'ils étaient dénommés médecins diatétiques, pharmaceutiques et chirurgiques, et mieux encore médecins oculistes, herniaires, dentistes, anaires, articulaires, ce qui faisait dire à Galien qu'il y avait autant de médecins spéciaux que d'organes dans le corps humain.

On voit, d'après cela, que la spécialité est loin d'être une innovation en médecine ; cependant, sa raison d'être, aux premiers âges, ne pouvait être justifiée aussi facilement qu'elle peut l'être de nos jours.

Comparons, en effet, l'étendue du savoir nécessaire aux médecins de cette époque reculée, aux connaissances immenses que comprennent aujourd'hui la médecine et la chirurgie.

Quel est l'homme dont l'intelligence serait assez puissante, dont la vie serait assez longue pour embrasser avec un égal talent l'étude de toutes les branches médicales ; quel est l'homme capable d'acquérir dans l'exercice de l'art, l'habileté du chirurgien, les connaissances en physique et en physiologie indispensable à l'oculiste, le maniement habile du laryngoscope, de la sonde, des appareils électriques, etc ? En un mot, quel est le médecin qui pourrait, lui seul, se substituer à

cette série de médecins que l'on dénomme spécialistes, parce qu'ils ont consacré leur vie à l'étude des moyens propres à porter remède à un groupe naturel de maladies.

L'immense étendue du domaine médical est la raison principale de l'existence de la spécialité ; mais, à côté de celle-ci, un certain nombre d'autres viennent prendre place et contribuer à justifier cette subdivision de la médecine faite dans le but d'en faciliter et d'en approfondir l'étude.

Les études médicales embrassent toutes les branches de l'art ; or le médecin qui tend à devenir spécialiste ne s'engage dans cette voie que lorsqu'il a acquis déjà les connaissances qui suffiront à la plupart pour se livrer à l'exercice de la médecine.

Il obéit à ses aptitudes physiques et morales ; il embrasse avec satisfaction cette branche à laquelle il se consacre parce qu'il a senti qu'il s'en tirera à son honneur.

Dès ce moment il travaille sans relâche ; il étudie, à nouveau, les questions de sciences accessoires relatives à son sujet. Un dispensaire clinique sera son hôpital, et chaque jour, pendant plusieurs heures, il suivra avec attention les malades qui lui fourniront les observations de ses mémoires, les matériaux qui l'aideront à édifier l'ouvrage qui couronnera sa carrière.

La vie du médecin spécialiste est une vie de travail ; conduit par son goût, par la nature de ses connaissances acquises, il s'engage dans la voie de son choix, convaincu qu'il devra explorer à fond ce coin du domaine médical et y découvrir ce qui aura échappé aux hommes qui l'auront précédé dans ces recherches.

Les grandes modifications imprimées à l'étude des sciences médicales depuis quarante ans, ont reculé, avec une grande rapidité, les bornes de chacune d'elles. L'adjonction des sciences accessoires, la voie expérimentale ouverte aux chercheurs ont transformé la médecine qui a pris un caractère de précision basé sur l'étude de sciences restées, jusque là, à peu près étrangère à ses progrès, et déterminé un grand nombre de médecins à se borner à la culture de l'une des branches de la médecine ou de la chirurgie à la connaissance desquelles des moyens nouveaux venaient concourir.

La spécialité en médecine est une conséquence de l'étendue trop grande de cette science, résultant des nombreuses découvertes qui s'accumulent chaque jour ; c'est la division artificielle introduite dans tout l'ensemble du savoir depuis les premiers temps ; elle est nécessaire au progrès de l'art de guérir, car elle représente un puissant mode d'analyse indispensable à l'étude d'un domaine trop vaste que la division du travail peut seule permettre d'explorer.

Pour avoir méconnu cette vérité, nous avons laissé déchoir le vieux renom de la gynécologie française fondée par les Récamier, les Boivin et Dugès, les Huguier, les Lisfranc. pendant qu'à l'étranger des hommes remarquables, rompant avec la routine officielle, s'occupaient exclusivement des maladies des femmes, transformaient cette science si difficile et si étendue, et recevaient pour prix de leur labeur incessant la gloire pour eux-mêmes et pour leur pays.

Je ne sais s'il sera donné à ma génération la satisfaction de voir triompher, en France, ces principes qui tombent sous la loi du sens commun, principes dont presque partout, à l'étranger, on a eu le bon esprit de savoir faire l'application.

Un jour viendra où les grands prêtres de la médecine ne traiteront plus comme au temps d'Hérophile et d'Erosistrate les médecins spécialistes avec un certain dédain et seront eux-mêmes heureux de démontrer qu'il vaut mieux bien apprendre une seule chose qu'incomplètement un grand nombre. Le temps des Pic de la Mirandole est passé ; aucun même parmi les plus forts ne pourrait s'autoriser à dire : « On peut m'interroger *De omni re scibili et de quibusdam aliis.* »

Mais trêve de digressions et revenons à notre sujet.

Quoi qu'il en soit, de tous les moyens qui permettent de pratiquer sur la matrice des opérations délicates, sans amener l'utérus à la vulve, sans causer d'hémorrhagie, sans exposer aux accidents septicémiques, etc., le cautère rougi par la pile est certainement l'un des meilleurs, aussi, lorsque les accumulateurs firent leur apparition en électricité, je m'empressai de revenir à cette grande ressource thérapeutique.

Depuis plus de vingt ans, la galvano caustie thermique

considérée dans ses applications à la gynécologie, a été pour moi l'objet d'études incessantes. Une importante modification de la pile de Grenet que j'avais pu réaliser, me permettait de faire un emploi plus pratique de cet encombrant appareil.

L'apparition du thermo-cautère du Dr Paquelin avait fait, entre temps, négliger, oublier même la galvanocaustie thermique, lorsque, vers 1880, l'électricité, considérée dans ses applications générales, sembla prendre un nouvel essor, alors que les unités de mesure de cette force étaient déterminées et fixées d'une façon toute mathématique.

L'accumulateur Planté, qui était resté un simple objet de démonstration physique, fut tout à coup étudié, régénéré, transformé, et ses applications à la production de la lumière et du mouvement ne tardèrent pas à entrer dans la pratique.

Je m'emparai aussitôt de la question, et le premier accumulateur dont je fis un usage chirurgical, fut un accumulateur à oxydes, modification de celui de Faure, que j'avais trouvé dans le commerce et dont je fis immédiatement réduire les dimensions.

Cet appareil, que M. Léon Labbé présenta, en mon nom, à l'Académie de médecine, dans la séance du 18 novembre 1884, avait une apparence meilleure que le fond. Je ne tardai pas à m'en apercevoir. Il était peu commodément transportable, non hermétique et d'une fragilité extrême.

Depuis cette époque, j'ai peu à peu modifié cet appareil du tout au tout. Aujourd'hui il est hermétique, solide et résistant aux vibrations d'un transport en voiture, et, mieux que tout cela, je suis parvenu à rendre simple et pratique la question de la recharge, qui était entièrement à créer.

Enfin, il s'agissait d'établir une relation entre la puissance des accumulateurs et l'énergie absorbée par les cautères employés en vue des applications à la gynécologie, j'ai grandement augmenté le nombre de ces derniers, dont les formes ont été modifiées ou créées suivant les besoins.

Voilà donc résolu le problème des applications des accumulateurs à la chirurgie, au triple point de vue de l'appareil en lui-même, de sa recharge et des cautères qu'il doit ali-

menter, et quoi qu'en ait pu dire, dans une leçon plus humoristique que scientifique, un savant chirurgien peu familiarisé avec les connaissances physiques, la réalisation de ce problème m'a demandé des notions spéciales et un travail soutenu, de façon qu'« il ne m'a pas suffi de jeter des cautères sur une boîte d'accumulateurs pour prendre le droit de donner mon nom à cet appareil ».

Ce travail, se divise en trois parties.

Dans la première, après avoir fait une récapitulation rapide des piles à galvano-caustie thermique et de leurs modifications, je me suis plus spécialement étendu sur la question des accumulateurs applicables à la chirurgie et des cautères qu'ils peuvent alimenter.

La deuxième partie est consacrée à l'étude de l'action comparée du cautère galvanique et du cautère actuel. J'ai tenu à faire ressortir la supériorité de la galvano-caustie thermique, en insistant sur les propriétés spéciales des eschares du galvano-cautère et sur les conditions particulières de l'hémostasie galvano-caustique. Si ces propriétés fondamentales n'avaient pas été méconnues, on ne se serait pas plu à opposer au galvano-cautère, ainsi qu'on l'a fait souvent, la commodité, le faible poids et le peu de volume du thermo-cautère. Je n'ai du reste pas eu de peine à établir que, au point de vue physique lui-même, ce premier appareil n'avait rien à perdre à la comparaison. N'est-ce pas, en effet, avec la galvano-caustie thermique seule qu'on peut placer le cautère à froid et le porter au rouge une fois en place ? L'exiguïté des cautères galvaniques peut être portée très loin et les effets du rayonnement sont par suite réduits au minimum ; le cautère galvanique, enfin, peut prendre la forme d'une anse simple ou double, et, lui seul a de semblables propriétés. Cela, du reste, n'atténue en rien la valeur incontestable du thermo-cautère.

(A suivre.)

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE

qui complique les tumeurs fibreuses de l'utérus,

Par M. le D^r J. BATUAUD, ancien interne de Saint-Lazare.

(Suite et fin.)

OBSERVATION XXIII (inédite).

Fibromes multiples et endométrite. — Hémorrhagies. — Curetage et ignipuncture. — Cessation des hémorrhagies persistant encore au bout de quatre ans. (Communiquée par M. le D^r J. CHÉRON.)

Mme L..., multipare, âgée de 38 ans, habitant Paris, vient consulter M. le D^r Chéron; au mois de juin 1889, pour des ménorrhagies avec métrorrhagies irrégulières datant de 5 ans. Le dernier accouchement remonte à 1881. Depuis cette époque, pertes blanches habituelles; les règles sont devenues de plus en plus abondantes, avec des avances de huit jours chaque mois. Lorsque la malade fait une course un peu longue, elle a une métrorrhagie qui ne cède que par le repos au lit.

Examen : Plusieurs petits fibromes intra-pariétaux surtout faciles à constater dans la paroi postérieure, par le toucher rectal; un fibrome sous-péritonéal gros comme une noix au niveau de la corne gauche. Hystérométrie, 10 centimètres. Fongosités constatées avec la curette d'exploration. Traces d'ectropions anciens qui ont été cautérisés à plusieurs reprises, sans bénéfice réel pour la malade.

Curetage et ignipuncture, le 6 juillet 1886. Injection intra-utérine de teinture d'iode.

Les injections iodées sont répétées tous les trois à quatre jours, en même temps qu'on refait le pansement.

Premières règles le 21 août 1886; elles sont d'abondance moyenne et durent cinq jours seulement.

Deux injections iodées intra-utérines sont faites pendant le mois d'avril.

Les époques se passent d'une façon normale, bien que la malade ait repris sa vie habituelle. On cesse dès lors tout traitement.

Mme L... a été revue à la fin de l'année 1890, *quatre ans après le curettage* ; elle est toujours réglée, mais sans avances et sans pertes excessives ; les fibromes sont restés à peu près stationnaires et ne déterminent pas de troubles de voisinage. La santé générale est satisfaisante.

OBSERVATION XXIV (Inédite).

Fibrome intra-pariétal, endométrite cervico-utérine, polype utéro-folliculaire. — Curettage, ablation du polype et ignipuncture. — Cessation des hémorrhagies persistant au bout de quatre ans. (Communiquée par M. le Dr J. CHÉRON.)

Mme D., habitant Paris, âgée de 56 ans, nullipare, consulte M. le Dr Chéron le 5 janvier 1877, pour des hémorrhagies datant de deux ans, avec métrorrhagies irrégulières survenant à la suite de fatigues ou d'efforts.

Examen : Tumeur fibreuse de la grosseur du poing, située sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis ; par l'examen bi-manuel on constate que cette tumeur fait corps avec la paroi de l'utérus. — Petit polype utéro-folliculaire saillant hors de l'orifice externe du col. — Hystéromètre : 10 cent. Muqueuse saignant au contact de l'hystéromètre, molle et hypertrophiée.

Diagnostic : Polype utéro-folliculaire, endométrite fongueuse, fibrome intra-pariétal.

La malade devant avoir bientôt ses règles, on attend que celles-ci soient passées. Elles durent du 10 au 21 janvier et sont très abondantes, bien que la malade ait gardé le repos absolu au lit.

Le 28 janvier, ablation, par torsion, du polype qui était inséré à une profondeur de 2 centimètres, sur la face antérieure du

canal cervical. Curettage de la cavité utérine qui permet de retirer des lambeaux de muqueuse très hypertrophiée. Ignipuncture profonde du col. Pansement iodoformé.

Tous les quatre jours, injection intra-utérine de teinture d'iode en renouvelant le pansement.

Premières règles, le 4 mars. Elles sont peu abondantes et durent 5 jours.

Depuis cette époque, la santé de la malade est excellente ; ses règles viennent régulièrement, ne durent que 5 à 6 jours et sont d'une abondance normale. Il n'y a plus eu de métrorrhagie depuis l'opération. La malade a été revue tout dernièrement (fin de janvier 1891) ; l'état général reste bon ; la tumeur n'a pas grossi.

OBSERVATION XXV (inédite).

Endométrite hémorrhagique et paramétrite. — Curettage pendant lequel on fait involontairement l'énucléation d'un petit fibrome sous-muqueux. — Disparition des hémorrhagies et amélioration de la paramétrite. (E. GUTTIERRES ET CHÉRON.)

Mlle A. de V..., habitant Madrid, consulte, au mois de juin 1890, M. le Dr Guttierres, pour des ménorrhagies anciennes accompagnées, depuis quelque temps, d'une douleur fixe vers l'aîne et la fosse iliaque droit.

Le Dr Guttierres constate une endométrite hyperplasique diffuse, une antéro-latéro-version droite soutenue par des exsudats péri ou paramétriques du côté droit.

Comprenant qu'aucune médication interne n'était suffisante pour guérir ces lésions, le Dr Guttierres dilate le conduit utérin, redresse la matrice et pratique le curettage. Pendant cette opération il est sorti de grands morceaux de muqueuse utérine hyperplasique et un petit fibrome sous-muqueux de la grosseur d'une amande, qui était logé dans le bord droit de l'organe.

Révuision au thermo-cautère répétée 20 jours après, pour agir sur la paramétrite.

Amélioration des exsudats qui diminuent d'une façon notable. Disparition complète des pertes.

Les renseignements précédents sont la reproduction d'une note donnée à la malade par le D^r Guttierres et destinée à être présentée au médecin qui serait consulté à Paris.

Le D^r Chéron voit la malade à la fin du mois d'août 1890 ; son état général est satisfaisant ; le curettage d'exploration démontre que la muqueuse utérine est saine ; du reste les hémorrhagies ne se sont pas reproduites. Il reste encore un peu de latéro-version déterminée par de légères adhérences paramétriques semblant siéger dans le ligament large droit.

Mlle A. de V... est soumise au massage et aux pansements glycéro-boriqués à partir du mois de septembre. Au bout de peu de temps les adhérences sont complètement disparues et la matrice est redevenue mobile.

Le D^r Chéron a revu la malade en janvier 1891 ; son état général est satisfaisant ; les règles continuent à être régulières et d'abondance moyenne.

REMARQUES. -- L'observation précédente est intéressante, non seulement au point de vue de la cessation des ménorrhagies, mais encore en ce qu'elle prouve une fois de plus qu'on peut faire le curettage sans inconvénients, dans le cas de péri ou de paramétrie ; elle peut à ce sujet être rapprochée de l'observation XV ; remarquons aussi que dans ce cas, comme dans l'observation XI et dans l'observation XVIII, il y a eu énucléation par la curette d'un fibrome sous-muqueux et que ces énucléations involontaires n'ont été suivies d'aucun accident. Cela montre bien l'exagération des craintes de Schröder au sujet du curettage dans les tumeurs fibreuses de l'utérus.

OBSERVATION XXVI (inédite).

Fibrome hémorrhagique. — État général grave. — Curettage répété trois fois. — Retour à la santé se maintenant depuis trois ans. (Communiquée par M. le D^r LAUWERS, de Courtray.)

Mlle X..., âgée de 36 ans, soignée par M. le D^r Lauwers en 1886 et présentant, à cette époque, les antécédents suivants :

À chaque époque menstruelle, elle souffrait d'hémorrhagies

Revue des Maladies des Femmes. — MARS 1892.

utérines très abondantes et de fort longue durée. Elle était arrivée à un degré d'anémie tel qu'elle ne sortait presque plus. Il y avait aussi, au moment des règles, des vomissements opiniâtres durant chaque fois pendant au moins huit jours. Lors des époques, la malade gardait le lit pendant une semaine environ, tant les pertes étaient abondantes. Pendant la période intercalaire, les digestions étaient aussi fort pénibles et souvent accompagnées de vomissements. L'hydrastis canadensis à la dose de 15 gouttes trois fois par jour n'avait produit aucune amélioration.

Pendant un an, M. le Dr Lauwers pratiqua une injection hypodermique journalière d'ergotine (1/2 seringue d'ergotine de Bombelon). A la suite de ce traitement, les vomissements diminuèrent, l'état général devint meilleur, mais les hémorrhagies ne furent pas modifiées.

M. Lauwers pratiqua alors *trois fois* (1887), pendant l'époque intermenstruelle, le raclage à fond (suivi d'une cautérisation au chlorure de zinc) de la cavité utérine dilatée d'emblée par les tiges de verre d'Hégar.

Les hémorrhagies sont enrayées depuis cette époque, la malade jouit encore aujourd'hui (20 août 1890) d'une santé *excellente*. Bien entendu, les règles existent encore, mais elles sont d'abondance moyenne et ne sont plus accompagnées de vomissements. Les tumeurs fibreuses multiples (l'une est grosse comme une orange, les autres sont plus petites) n'ont ni augmenté ni diminué sensiblement de volume.

REMARQUES. — Ici, il a fallu faire trois curettages consécutifs pour arrêter les pertes, mais ne sait-on pas que, dans l'endométrite sans fibrome, on est quelquefois obligé de faire plusieurs curettages avant d'obtenir un succès définitif ? L'état général était grave avant l'opération, l'ergotine avait été employée, pendant un an de suite, sans résultat ; après trois curettages, c'est-à-dire après trois interventions bénignes, M. le Dr Lauwers a eu la satisfaction de voir revenir la santé qui se maintient excellente depuis trois ans. Cette observation démontre qu'il ne faut pas considérer la myomotomie comme absolument nécessaire après

un premier échec du curettage, quand les hémorrhagies sont le symptôme principal, quand les fibromes n'ont pas un développement rapide et ne produisent pas de compressions dangereuses.

OBSERVATION XXVII (personnelle).

Volumineux fibrome et endométrite. — Ménorrhagies et métrorrhagies graves. — Insuccès du traitement médical. — Insuccès de la dilatation et de l'électrisation. — Etat général grave. — Cessation des hémorrhagies par le curettage. — Ménopause.

Mme H..., 53 ans, demeurant à Paris, boulevard Rochechouart, a eu un seul enfant né à terme, il y a 30 ans. Sa santé a été relativement bonne jusqu'à il y a cinq ans ; depuis cette époque elle souffre d'hémorrhagies utérines presque continues qu'elle crut être des pertes de l'âge critique. Insuccès complet du traitement médical institué à cette époque et qui consista en toniques (quinquina, coca, etc.) et en préparations ferrugineuses et hémostatiques (ergotine, perchlorure de fer à l'intérieur et en injections vaginales).

A partir du mois d'octobre 1889, je lui donne des soins sous la direction de mon maître, M. le Dr Chéron, qui l'a examinée et a constaté l'existence d'une énorme tumeur fibreuse de l'utérus dépassant l'ombilic de deux travers de doigt.

La malade est exsangue et sans forces. Les muqueuses sont décolorées comme dans les anémies les plus graves. Palpitations habituelles. Syncopes se renouvelant plusieurs fois par semaine. Mme H... est obligée de garder la chambre depuis 8 mois, sous peine d'avoir des hémorrhagies. Malgré le repos auquel elle s'est astreint, elle a, du côté de l'utérus, un suintement sanguin presque continu qui se transforme en hémorrhagies abondantes au moment des époques.

L'utérus est volumineux comme celui d'une femme enceinte de sept mois. Au palper, on sent cet utérus dépassant l'ombilic de deux travers de doigt, remplissant l'hypogastre et débordant dans les fosses iliaques, non douloureux, mais d'une consistance fer-

me, d'une forme régulièrement arrondie ; à la partie supérieure de la tumeur il existe une encoche facilement appréciable et située un peu à gauche de la ligne médiane. Cette tumeur se continue nettement avec le col qui est volumineux et fortement dévié à gauche et en arrière. L'hystérométrie peut être faite malgré cette déviation en donnant une forte courbure à l'hystéromètre flexible. Il n'y a pas de polype intra-utérin constatable par ce moyen d'exploration. La longueur de la cavité utérine est de 10 centimètres. La muqueuse qui tapisse cette cavité est molle et saigne au contact de l'hystéromètre introduit cependant avec la plus grande douceur.

13 et 21 octobre, dilatation.

Du 23 octobre au 2 novembre, hémorrhagie très abondante, bien que la malade garde le repos au lit. Léger suintement sanguin, le 3 et le 4 novembre.

Injectons vaginales chaudes deux fois par jour.

Du 4 au 13 novembre, cinq nouvelles dilatations suivies de pansements glycéro-boriqués.

Le 17 novembre, menstruation (avance de 5 jours) qui semble devoir être profuse. Extrait fluide d'hydrastis canadensis (60 gouttes par jour).

L'hémorrhagie continue à être très abondante pendant dix jours, malgré le repos au lit.

2 décembre. — L'écoulement sanguin est insignifiant. L'hydrastis est continué. La malade reprend les injections chaudes.

Les 9, 11 et 13 décembre, électrisation.

Fin décembre : la tumeur semble avoir diminué de volume en hauteur et en largeur ; sa limite supérieure est au niveau de l'ombilic ; le col de l'utérus est moins incliné à gauche et en arrière ; mais il reste toujours très haut dans le vagin.

28 et 29 décembre, un peu d'écoulement sanguin.

Du 1^{er} au 7 janvier 1890, menstruation abondante.

7 nouvelles électrisations du 8 au 21 janvier.

Du 23 au 31 janvier, nouvelle hémorrhagie abondante.

D'après l'avis de M. le Dr Chéron, le curettage est proposé, la malade étant arrivée à un degré extrême d'anémie ; elle a des

syncopes plusieurs fois par jour et elle est obligée de rester étendue, presque toute la journée, sur une chaise longue.

Mme H... ne peut se décider au curettage. Du 4 au 13 février, perte sanguine abondante qui se reproduit du 19 au 25 février, bien que la malade garde le repos presque absolu.

Nous insistons pour le curettage, qui n'est accepté qu'après une forte hémorrhagie survenue du 29 mars au 11 avril et qui n'a cédé qu'au tamponnement intra-utérin avec la gaze iodoformée.

Curettage et ignipuncture du col le 20 avril. La curette ramène de nombreux lambeaux de muqueuse épaissie. Pendant le curettage, l'écoulement sanguin est insignifiant. Lavage de la cavité utérine avec une solution phéniquée à 10/0. Pansement iodoformé.

Dix applications iodées intra-utérines du 1^{er} au 20 mai.

A partir du curettage, il n'y a plus d'hémorrhagies. L'amélioration est rapide, si bien que le 22 mai (un mois après le curettage), la malade peut partir pour la campagne dans les environs de Paris. Là, elle se promène toute la journée sans voir se reproduire les pertes qu'elle avait dès qu'elle essayait de quitter la chambre. Retour de l'appétit, sensation de force qu'elle n'avait pas depuis 5 ans.

Les premières règles après le curettage surviennent le 8 juin et ne durent que deux jours, pendant lesquels l'écoulement sanguin est insignifiant.

Je revois la malade au commencement de *novembre*, lors de son retour à Paris. Elle me dit que ses règles sont venues régulièrement, sans avances, sont peu abondantes et durent seulement quelques jours. Son état général s'est considérablement amélioré ; elle a repris des forces, elle peut faire des courses à pied dans Paris sans être fatiguée ; elle mange avec appétit. La tumeur n'a pas augmenté de volume et ne la gêne pas.

2 février 1891. — L'état de la malade continue à être satisfaisant ; elle a eu ses règles au commencement du mois ; les règles ont duré six jours et n'ont été abondantes que pendant deux jours. Actuellement elle peut se livrer aux travaux du ménage,

faire sa cuisine et son lit elle-même, monter les escaliers et marcher à pied sans inconvénients. Voilà maintenant *dix mois* qu'elle a subi le curettage ; elle a 54 ans, la ménopause ne tardera sans doute pas à lui rendre complètement la santé.

11 avril 1891. — Je viens de voir Mme H.. Elle n'a pas eu ses règles pendant le mois de mars, ni au commencement du mois d'avril ; elle n'éprouve aucun phénomène de molimen menstruel ; nous pouvons donc affirmer que la ménopause commence à s'établir et que la cessation des hémorrhagies est très probablement définitive.

Janvier 1892. — La malade n'a plus ses règles depuis 6 mois ; la ménopause ne s'accompagne d'aucun accident.

REMARQUES. — L'état de la malade qui fait l'objet de cette observation était réellement inquiétant au moment du curettage, ce qui se comprend, étant donné la fréquence et la persistance des hémorrhagies qu'elle avait supportées. Le traitement médical et l'électricité s'étaient montrés impuissants ; que devait-on faire ? A mon avis, l'hystérectomie abdominale, la seule possible en raison du volume de la tumeur, alors que la malade était à bout de sang et avait plusieurs syncopes par jour, aurait été d'une gravité exceptionnelle. Il était logique de faire le curettage tout d'abord, puisqu'on était certain, par cette intervention sans danger, d'arrêter temporairement les pertes. L'âge de la malade (53 ans) plaidait encore en faveur de cette manière de voir, puisque, même en admettant une récurrence, il était permis d'espérer qu'après le second curettage, la malade pourrait attendre la ménopause sans accidents graves. La rapidité avec laquelle la malade s'est transformée après le curettage, le retour de l'appétit et des forces ont été très frappants et le succès a dépassé mes espérances. La ménopause est acquise aujourd'hui et le résultat est définitif.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS QUI PRÉCÈDENT.

Les observations que j'ai pu réunir sont au nombre de 27 ; en

groupant et en analysant ces observations, voici les conclusions qu'on en peut tirer :

1° Au point de vue de l'âge des malades au moment du curetage : dans sept observations l'âge n'est pas noté (obs. I, II, III, IV, V, VI, XXV) ; les vingt autres cas se classent de la façon suivante :

De 25 à 30 ans : 1 cas (obs. VII).

De 30 à 40 ans : 11 cas (obs. X, XI, XIII, XV, XVI, XVIII, XIX, XXIII, XXIV, et XXVI).

De 40 à 50 ans : 6 cas (obs. VIII, XII, XIV, XVII, XXI, et XXII).

50 ans et au-dessus : 2 cas (obs. XX et XXVII).

Le nombre des observations est beaucoup trop restreint pour qu'on puisse songer un seul instant à opposer cette statistique à celle de Schröder que j'ai reproduite dans le chapitre précédent et d'après laquelle près des 2/3 des malades atteintes de tumeurs fibreuses ne consultent le gynécologue qu'après avoir atteint ou dépassé l'âge de 40 ans. Les bons résultats notés dans nos observations n'en sont que plus démonstratifs, puisque l'indication du curetage est d'autant plus discutée que la femme est plus éloignée de la ménopause.

2° *Nature des fibromes.* Toutes les observations sont des observations de fibromes purs, sauf l'observation VI qui a trait à un cas de tumeur *fibro-kystique*. Il est certain que cette dernière malade devra subir l'opération radicale ; néanmoins l'observation est intéressante par ce fait que le curetage a permis à la malade de recouvrer la santé et que la myomotomie pourra dès lors être entreprise avec de bien plus grandes chances de succès.

3° *Siège des fibromes.* Dans deux cas (obs. XV et XXII) il s'agit de fibromes uniquement *sous-péritonéaux*, mais dans l'observation XV, l'origine puerpérale de l'endométrite est très nette et elle est également probable dans l'observation XXII ; ces deux faits ne sont donc pas en contradiction avec les conclusions de Wyder qui pense que les fibromes sous-péritonéaux ne donnent pas lieu à une endométrite hémorrhagique, comme le font les fibromes interstitiels très rapprochés de la cavité utérine et les

fibromes sous-muqueux. Dans quatre cas, il y avait des *fibromes sous-muqueux* (obs. IV, XI, XVIII et XXV) ; les autres cas étaient soit des *fibromes interstitiels*, soit à la fois des fibromes interstitiels et sous-péritonéaux.

4° *Lésions concomitantes des fibromes.* Dans tous les cas naturellement il y avait une *endométrite* ; il aurait été intéressant de connaître la variété histologique de ces endométrites, mais cette recherche n'a pas été faite, sauf pour l'observation XV, qui était un cas d'endométrite glandulaire hyperplasique et dans lequel la leucorrhée prédominait sur les hémorrhagies.

Dans trois cas (obs. VIII, IX et XXIV), il y avait en même temps un *polype muqueux*.

Dans deux cas (obs. XV et XXV), on a noté de la *périmérite* ou de la *paramérite*.

5° Un fait très intéressant et sur lequel j'ai déjà attiré l'attention, c'est que, dans un certain nombre de cas, l'*endométrite* a semblé avoir son origine dans une infection puerpérale ; cette étiologie est indiscutable dans l'observation XV et elle est très vraisemblable dans les observations XVI, XVIII, XIX, XXII et XXIII. Les auteurs n'ont pas cru nécessaire, dans un certain nombre des observations qui précèdent, de donner les antécédents avec beaucoup de détails. On est habitué à considérer les hémorrhagies utérines comme une conséquence habituelle des tumeurs fibreuses ; on sait en outre, depuis quelques années, qu'il y a de l'endométrite quand le fibrome est hémorrhagique ; on se contente donc de noter le volume des fibromes et l'état de la muqueuse utérine. On semble oublier que la présence d'une tumeur fibreuse n'est pas un obstacle, loin de là, à une infection puerpérale, blennorrhagique ou autre, de l'endomètre. Il serait utile qu'un bactériologiste compétent reprît cette question sur laquelle nous ne pouvons faire actuellement que des hypothèses d'ailleurs très plausibles.

6° Le *curettage*, dans nos observations, n'a pas présenté de difficultés extraordinaires ; les seules marques que nous ayons à faire sont les suivantes :

Dans trois cas (obs. XI, XVIII et XXV) la curette a fait invo-

lontainement l'énucléation de petits fibromes sous-muqueux et cela sans aucun inconvénient.

Dans deux cas (obs. XV et XXV) il y avait de la *péri* ou de la *paramétrite* qui, loin d'avoir été aggravées par l'intervention, semblent au contraire avoir été améliorées par elle.

7° Le résultat immédiat du curettage, au point de vue de la *cessation des hémorrhagies*, a toujours été très favorable. Les suites immédiates de l'opération ont toujours été excellentes et quel que fût l'état de faiblesse et d'anémie avant le curettage, le retour rapide à la santé a été noté dans toutes les observations. Quant aux suites éloignées, elles ne peuvent être présentées d'une façon complète que pour 18 observations ; les autres sont encore trop récentes. Quoi qu'il en soit, voici comment on peut classer les résultats obtenus dans les vingt-sept cas rapportés plus haut :

Dans trois cas (obs. XVI, XVII et XXVII) la guérison peut être considérée comme *définitive*, la ménopause étant survenue, dans l'observation XVI, 9 ans après le curettage, dans l'observation XVII, 3 ans après, et dans l'observation XXVII, 14 mois après le curettage.

Dans un cas, les hémorrhagies n'ont pas reparu depuis 7 ans (obs. IX).

Dans un cas, les hémorrhagies n'ont pas reparu depuis 6 ans (obs. XXI).

Dans deux cas, la cessation des hémorrhagies date de 4 ans (obs. XXIII et XXIV).

Dans deux cas, la cessation des hémorrhagies persistait encore au bout de 3 ans (obs. XIX et XXVI).

Dans quatre cas, la récurrence ne s'était pas produite 2 ans après le curettage (obs. X, XII, XX, XXII).

La cessation des hémorrhagies persiste depuis 1 an et plus dans cinq cas (I, II, XIII, XIV, XVIII).

Dans trois cas, il n'y a pas de date précise, et nous ne devons les faire figurer ici que pour mémoire ; ce sont les observations VII, VIII et XI.

Enfin, dans deux cas seulement, la récurrence plus ou moins

complète est notée et s'est produite au bout de 11 mois (obs. III) et de 7 mois (obs. V).

Dans la majorité des cas les fibromes sont restés stationnaires après le curettage ; dans quelques cas on a noté qu'ils avaient plus ou moins diminué de volume, mais ce point est en dehors de notre sujet.

La chose importante à retenir, c'est que la récurrence, d'après nos observations, est loin d'être aussi rapide et aussi fatale après le curettage qu'on l'a prétendu ; non seulement les suites immédiates se sont toujours montrées très favorables, mais encore l'arrêt des hémorrhagies peut souvent persister pendant des années après l'opération, et dans quelques cas la ménopause a pu survenir sans qu'on ait eu besoin de recourir à une nouvelle intervention.

CONCLUSIONS. — 1° Au point de vue symptomatologique, aucun caractère spécial ne permet de distinguer les hémorrhagies qui accompagnent les tumeurs fibreuses de l'utérus des hémorrhagies symptomatiques de l'endométrite sans fibromes (chap. I).

2° L'endométrite est une complication habituelle des tumeurs fibreuses de l'utérus ; dans les fibromes sous-séreux, c'est l'endométrite glandulaire qui prédomine ; dans les fibromes interstitiels et sous-muqueux on trouve le plus souvent de l'endométrite interglandulaire dans les points éloignés de la tumeur ; dans d'autres cas, l'endométrite est mixte (c'est-à-dire que le tissu glandulaire et le tissu interglandulaire participent à la fois au processus inflammatoire) sur toute la surface de la cavité utérine (chap. II).

3° Les hémorrhagies soi-disant symptomatiques des tumeurs fibreuses de l'utérus sont en réalité symptomatiques de l'endométrite concomitante (dernière partie du chap. II et chap. III).

4° Lorsque les hémorrhagies ne cèdent pas rapidement au traitement médical et au traitement local non opératoire (injections, pansements, cautérisations intra-utérines, dilatation, etc.), il est illogique de laisser s'épuiser les malades par des hémorrhagies abondantes et répétées alors que l'on possède, dans le

curettage de la cavité utérine, un moyen facile et non dangereux d'arrêter les pertes sanguines, au moins d'une façon temporaire. Dans près des 2/3 des cas, s'il y a récurrence, le curettage répété est indiqué en raison de l'âge de la malade plus ou moins proche de la ménopause (chap. IV).

5° Les suites immédiates du curettage dans les fibromes hémorragiques sont excellentes. A ce titre, le curettage peut être indiqué comme moyen de préparation à la myomotomie lorsque la malade est trop épuisée pour supporter l'opération radicale immédiate avec des chances de succès; cette indication est très nette dans les cas de tumeurs fibro-kystiques analogues à celui de l'observation VI (ch. V).

6° La cessation des hémorrhagies après le curettage persiste quelquefois jusqu'à la ménopause après une seule intervention et alors la guérison symptomatique est définitive (obs. XVI, XVII et XXVII); sans même que la ménopause survienne, cette cessation des hémorrhagies peut persister pendant longtemps : 7 ans (obs. IX); 6 ans (obs XXI); 4 ans (obs. XXIII et XXIV); 3 ans (obs. XIX et XXVI); rarement la récurrence est rapide (obs. III et V, chap. V.)

7° Bien qu'il ne soit pas possible actuellement de poser des conclusions définitives sur l'utilité comparée du curettage et des autres modes de traitement, il est légitime cependant de solliciter l'expérimentation plus large de ce moyen thérapeutique. Sans doute c'est une question qui demande à être étudiée de nouveau, mais les résultats déjà obtenus semblent pleins de promesses pour l'avenir. Il ne faut pas oublier en effet que si le curettage n'a dans certains cas qu'une action temporaire sur les hémorrhagies, cette opération du moins peut être faite et répétée sans danger, alors que la myomotomie par la voie abdominale donne encore une mortalité très élevée malgré les progrès réalisés dans ces dernières années.

(FIN).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1^{er} mars.

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

M. GUÉNIOT. — Je désire entretenir l'Académie de certaines septicémies puerpérales, dont la cause spéciale mérite d'être connue ; ce sont des septicémies dont l'origine première réside dans le milieu méphitique respiré par la malade.

Voici d'abord deux exemples qui vous montreront dans quelles conditions se développent ces septicémies.

En décembre 1880, je visitais pour la première fois une primipare sur le point d'accoucher. Bien qu'elle fût logée dans un appartement somptueux, je fus frappé, dès mon arrivée, par une odeur méphitique, analogue à l'odeur exhalée par les égouts, les cabinets d'aisances, les foyers de matières organiques diverses, etc.

Convaincu que les gaz méphitiques qui frappaient mon odorat pouvaient être cause d'accidents puerpéraux, j'essayai, mais en vain, d'en reconnaître l'origine, et je ne pus supprimer l'odeur qui m'avait frappé. Le lendemain, la malade accouchait, et 24 heures après, elle avait de la fièvre, des frissons ; bref, elle offrait tous les symptômes d'une septicémie infectieuse dont elle ne guérit qu'au bout de deux mois, sans avoir jamais présenté trace de suppuration.

Or, un examen plus attentif de l'appartement me fit reconnaître que l'odeur méphitique venait d'un cabinet de toilette pourvu d'un plomb mal fermé, en communication directe avec l'égout. Comme on chauffait toutes les pièces, les cheminées de l'appartement faisaient un appel d'air, et ce dernier arrivait en grande partie de l'égout par l'intermédiaire du plomb dont je viens de parler.

Il est vrai que j'avais fait sur cette femme une application de forceps, mais comme le traumatisme avait été, pour ainsi dire, insignifiant ; que, de mon côté, j'étais sûr de n'avoir été cause d'aucune infection, j'attribuai la septicémie à l'air méphitique respiré par la malade.

Mon deuxième cas, observé en 1884, est pour ainsi dire calqué sur le précédent. Toutefois la cause du méphitisme résidait dans un cabinet d'aisances voisin de la pièce où était accouchée la malade. Comme on faisait du feu dans sa chambre, il en résultait un appel d'air, et ce dernier arrivait précisément par l'escalier dans lequel était situé le cabinet d'aisances infect.

Depuis cette époque, je n'ai jamais rencontré dans ma pratique le méphitisme dont je viens de parler, et je n'ai pas observé non plus d'accidents, mais j'ai eu connaissance par plusieurs confrères de faits analogues.

Dans ces conditions, j'estime que, pour réaliser une bonne hygiène préventive, on doit s'efforcer de maintenir toujours pure l'atmosphère des appartements ; dans ce but, il importe de veiller, non seulement à l'aération et à la propreté de toutes leurs parties — les cabinets d'aisances et de toilette en particulier — mais encore de condamner les plombs, certaines pièces de décharge, etc., et de remédier ou de se soustraire aux filtrations malsaines de voisinage.

Enfin, dans les cas où ces pratiques auraient été omises, et où l'on aurait à combattre une septicémie de semblable origine, les moyens principaux de traitement devraient consister :

a) Dans la suppression immédiate et absolue des sources du méphitisme ;

b) Dans la purification, aussi complète que possible, de tout l'appartement ;

c) Dans l'emploi de la quinine, les alcooliques à haute dose et les antiseptiques sous toutes les formes, mais spécialement des solutions phéniquées en injections intra-utérines. Ce traitement local est de la dernière importance ; je dirai tout à l'heure pourquoi.

Comme dans mes deux observations personnelles, il y a eu plaie génitale due au forceps, peut-être pourra-t-on attribuer à ce fait la septicémie qui a atteint mes malades. Pour répondre à cette objection, je citerai le fait suivant, encore plus démonstratif.

Il s'agit d'une femme accouchée normalement, et par une sage-femme de province, très propre, qui depuis quinze jours vivait avec la parturiente et n'avait pas eu de contact avec d'autres malades. Les accidents septicémiques ayant apparus, je fus appelé et je constatai que cette femme avait vécu dans un milieu méphitique dû à ce qu'une fissure s'était produite dans le tuyau d'échappement des gaz d'une fosse d'aisances contiguë à la pièce dans laquelle elle vivait.

Il est vrai qu'elle n'avait pas accouché dans cette pièce, mais il est probable qu'elle s'était saturée des gaz qu'elle respirait, et que ceux-ci avaient également contaminé les objets (eau, linges, vases) qui lui servirent après son accouchement.

(M. Guéniot cite encore une quatrième observation analogue à la précédente.)

Bien que je sois le premier à reconnaître que parfois les femmes accouchaient sans accidents dans des milieux méphitiques, je ne puis voir une simple coïncidence dans les faits que je viens de rapporter, et tout en reconnaissant qu'une certaine réceptivité est nécessaire pour l'apparition des accidents, je ne puis m'empêcher d'admettre que ceux-ci sont dus à la contamination de l'air.

Comment devons-nous comprendre la pénétration dans l'organisme des éléments impurs qui vicient l'atmosphère ? La contamination a-t-elle lieu par l'intermédiaire des voies génitales, ou s'effectue-t-elle à travers les voies respiratoires ?

On serait naturellement porté à croire que c'est toujours par les organes génitaux lésés — soit que les instruments ou les objets de toilette apportent le germe contagieux, soit que ce germe soit amené directement par l'air — que se fait l'infection.

D'autre part, l'intoxication palustre, la pénétration des bacilles de la tuberculose dans le poumon, prouvent que l'infection peut se faire par l'air. Je suis moi-même la preuve que l'air méphitique peut empoisonner par les voies respiratoires, puisque, ayant reçu en pleine figure les gaz putrides provenant d'un utérus, je fus pris presque aussitôt d'un violent frisson suivi de fièvre qui dura cinq jours.

L'absorption de matières putrides et l'infection du sang par les voies aériennes paraissent donc un fait peu contestable. Ce qui tend à le démontrer encore, c'est la précocité même des accidents septiques dont sont atteintes les femmes qui vivent et qui accouchent dans une atmosphère viciée. Il semble que l'organisme déjà de longue date infecté par la respiration d'un air impur, n'attende pour exprimer son trouble que les fatigues de l'accouchement et, surtout, la perte de sang qui marque la délivrance.

Ainsi, d'après les faits précédents, l'infection de cause méphitique pourrait se produire à la fois par la voie génitale et par la voie pulmonaire.

Quant à dire si l'une agit au détriment de l'autre, ou quelle est

celle qui prédomine, cela est fort difficile et même le plus souvent impossible.

Reste à expliquer comment agit l'air méphitique. Comme les expériences de Miquel ont montré que l'air des égouts et celui qui provient des fosses d'aisances ne contiennent pas de bactéries, j'en conclus que cet air ne peut pas, à lui tout seul, engendrer une infection microbienne. Mais, par contre, comme il contient des gaz tels que l'azote, l'acide sulfhydrique, l'ammoniaque, etc., qui sont favorables au développement des microbes anaérobies, je suppose que ces gaz favorisent le développement du vibron septique, qui seul doit être incriminé dans les cas qui nous occupent, puisque dans aucun d'eux il n'y a eu de suppuration.

Ce qui me confirme dans cette manière de voir, c'est que les injections intra-utérines qui m'ont réussi le mieux, sont des injections d'acide phénique. Or, l'on sait que précisément le vibron septique est particulièrement sensible à l'action de l'acide phénique. Quant au fait de la localisation des foyers infectieux du côté de l'utérus, je l'explique en disant que les gaz absorbés trouvent dans les surfaces placentaires saignantes, un point pour lequel ils s'exhalent facilement, créant à ce niveau un milieu favorable à la culture du vibron septique.

Enfin, en dernier lieu, je ferai remarquer que les gaz méphitiques contiennent des substances organiques mal connues, mais fort dangereuses, ainsi que M. Brown-Séquard l'a démontré. Peut-être faudra-t-il faire jouer un rôle important à l'empoisonnement par ces substances, dans le développement des accidents qui viennent de m'occuper.

M. A. GUÉRIN. — Les faits de M. Guéniot font honneur à l'odorat du chirurgien qui peut prévoir à l'avance, rien qu'en sentant l'air respiré par une femme enceinte, que celle-ci pourra être empoisonnée après son accouchement, mais ils ne démontrent nullement, comme il semble l'admettre, l'infection purulente due à l'absorption par les voies respiratoires de gaz méphitiques.

Toutes les femmes dont on a parlé ont eu des plaies, ne fût-ce que la plaie placentaire, et comme c'est au niveau de ces plaies que s'est produit le foyer d'infection (l'efficacité des lavages intra-utérins suffit à le prouver), je persiste à croire que c'est également par la plaie que s'est faite l'infection.

Pour contester pareille interprétation, il faudrait me montrer une

infection purulente produite en dehors de la puerpéralité ou du traumatisme ; or, des faits de ce genre sont encore à trouver.

Je ne doute pas que les gens mal nourris, vivant dans des milieux méphitiques, ne soient, toutes choses égales d'ailleurs, plus disposés que d'autres à contracter l'infection purulente, mais je ne puis admettre que ce soit un produit volatil quelconque contenu dans cet air, qui, pénétrant par les poumons, soit la cause directe de cette infection.

M. GUÉNIOT. — Je n'ai pas dit que c'était par la voie pulmonaire exclusivement que se faisait l'infection ; j'ai dit tout au contraire que cet air méphitique, dont la nature intime nous est d'ailleurs mal connue, pouvait contaminer tout ce qui entoure le malade, aussi bien l'air qu'elle respire que les objets dont elle se sert, et que c'est ainsi que pouvait se développer non l'infection purulente, dont parle M. Guérin, mais la septicémie, affection bien différente de la première, puisque chez les malades qui en sont atteintes il n'y a pas de suppuration.

M. GUÉRIN. — S'il s'agit de contamination par les objets qui entourent la malade, je suis d'accord avec M. Guéniot, mais c'est surtout la contamination par la voie pulmonaire que j'ai contestée, et je persiste dans mon opinion.

M. CHARPENTIER. — Les faits de septicémies dues au séjour des malades dans des lieux méphitiques ne sont pas contestables, et l'ouvrage de Siredey en contient des exemples ; mais, comme M. Guérin, je crois que la contamination se fait, non par la voie pulmonaire, mais par la plaie génitale.

C'est pour cette cause que, chez les femmes atteintes de septicémie, non seulement je fais des lavages, mais encore je pratique le curettage, qui est beaucoup plus actif.

M. GUÉNIOT. — En ce qui concerne le curettage, je crois que c'est là un moyen qui dépasse le but, et je me contente des lavages intra-utérins.

(*Bull. méd.*)

Séance du 8 mars 1892.

PATHOGÉNIE DE L'INFECTION PUERPÉRALE.

M. HERVIEUX. — Dans la dernière séance, M. Guéniot nous a dit que l'infection des femmes en couche pouvait avoir lieu par la voie respi-

ratoire chez les femmes qui vivent dans un air vicié ; j'étais déjà très disposé moi-même à admettre la possibilité de cette voie d'infection, mais j'ai voulu, sous ce rapport, avoir l'opinion de M. Bouchard ; voici ce qu'il m'a répondu :

« Les émanations de matières putrides, les substances chimiques, volatiles, qui se dégagent d'un foyer de putréfaction, et non les microbes, produisent une intoxication dont l'un des effets sur le système nerveux est d'empêcher la dilatation des vaisseaux. »

Dans ces conditions le streptocoque, qu'il existe déjà sur notre tégument interne, ou qu'il vienne de la contagion médiate, pourra pénétrer sans rencontrer les cellules qui englobent et détruisent l'agent pathogène dans les conditions normales. L'infection pourra se réaliser. De même dans une salle d'accouchées où se trouvent des malades atteintes de gangrènes utérines, vaginales ou vulvaires, les produits chimiques volatiles qui se dégagent de ces matières putrides peuvent produire cette intoxication favorable à l'infection.

Quelles sont les surfaces normales par lesquelles peut pénétrer le streptocoque virulent ?

« C'est, m'a dit encore M. Bouchard, le pharynx, et en particulier les amygdales, l'intestin et en particulier les plaques de Peyer, la surface des alvéoles pulmonaires. Il peut pénétrer aussi par les points les plus divers où le tégument externe est altéré ou excorié : écorchures de la peau, sillon d'élimination du cordon ombilical, etc. »

Des expériences faites par d'autres auteurs, il résulte également que l'infection par les voies respiratoires est possible. Toutefois, ces dangers sont loin d'être aussi fréquents que les auteurs le supposaient, Lister en tête, il y a peu d'années.

Il est donc bien démontré qu'il existe d'autres voies que la voie génitale, par lesquelles peut s'introduire l'agent pathogène de la septicémie puerpérale : le streptocoque. Je suis le premier à reconnaître que la voie génitale est, de beaucoup, la voie de contagion la plus fréquente, mais il faut tenir compte de la voie respiratoire, et les faits que je vais rapporter prouvent qu'elle joue un rôle assez important.

Ils se rapportent tous à l'époque où la population de la Maternité était décimée par une léthalité terrifiante.

Si nous considérons ce qui s'est passé à la Maternité de 1861 à 1872 nous constatons que les accouchements prématurés y ont été très fréquents, et, fait des plus remarquables, leur nombre a toujours été proportionnel au nombre des accidents puerpéraux observés chez les

parturientes en général. Comme je ne puis m'empêcher de voir là autre chose qu'une coïncidence, je dois admettre que ces accouchements prématurés sont dus à la même cause que les accidents puerpéraux.

Or, si les accidents puerpéraux sont surtout dus à la contamination des voies génitales par les mains, instruments, etc., cette contamination, pour les femmes enceintes et qui accouchaient prématurément, n'a pu se faire que par la voie respiratoire.

Ce qui m'autorise encore à admettre comme fondée cette supposition, c'est ce qui se passe dans les étables de l'espèce bovine. Beaucoup de vétérinaires ont vu l'avortement infectieux sévir pendant des années entières dans une même étable, où existaient, d'autre part, des accidents puerpéraux. Bouley n'hésitait pas à attribuer ces avortements à la contagion et, souvent, je crois, il faut attribuer cette contagion à une infection par les voies respiratoires, puisqu'il n'y avait pas encore de plaie interne au moment où l'infection s'est produite.

M. Bouchard suppose qu'en pareil cas le streptocoque introduit dans le sang a pu faire une infection ébauchée, une fébricule non suivie de déterminations locales suppuratives et pourtant capable de provoquer le travail ; mais, ajoute-t-il, ce n'est qu'une hypothèse.

Pendant les premières années de mon séjour à la Maternité, il n'y a pas eu que les femmes enceintes et les femmes en couches qui aient été frappées par la septicémie puerpérale. Il y a eu les nouveau-nés, les élèves sages-femmes, et jusqu'aux surveillantes de l'établissement, tant il est vrai que, dans un milieu toxique, chacun de ceux qui l'habitent subit, suivant ses aptitudes, l'influence des principes délétères.

En ce qui concerne les nouveau-nés j'ai également constaté, ainsi que cela avait déjà été fait par Lorain, que les enfants vivant dans des salles où des femmes étaient atteintes d'accidents puerpéraux ne restaient pas indemnes d'accidents variés, phlegmons, érysipèles, fièvre, dus à l'infection par le streptocoque. Que dans bien des cas la voie d'introduction des organismes infectieux ait été le sillon d'élimination du cordon, c'est possible, mais, dans certains cas, la région ombilicale étant absolument saine, il fallait bien admettre une infection par la voie respiratoire.

Cette remarque relativement aux nouveau-nés s'applique également aux élèves sages-femmes et aux surveillantes qui n'ont pas tou-

jours traversé sans encombre les épidémies de fièvre puerpérale au milieu desquelles elles ont dû vivre pour donner leurs soins aux femmes malades. Ces personnes, ainsi que cela a été maintes fois constaté, étaient sujettes, tant que durait l'épidémie, à des accidents variés, qui reflétaient les affections puerpérales.

Or, si l'on a pu invoquer quelquefois pour ces malades la coïncidence des règles avec les accidents présentés, il n'en a pas toujours été ainsi ; bien souvent des accidents se développaient sans qu'il ait été possible de trouver une porte d'entrée au streptocoque, et il fallait bien dans ces cas admettre que le germe infectieux contenu dans l'atmosphère infectée, avait été introduit par la voie pulmonaire.

Enfin, à tous ces faits, je puis ajouter le suivant, qui m'est personnel. En 1864, année que l'on peut appeler « l'année terrible » pour la Maternité, puisque la mortalité des femmes en couches s'est élevée au chiffre formidable de 19 %, je passais la plus grande partie de mes journées, soit dans mes salles, soit à l'ampithéâtre (on ignorait alors les dangers que fait courir à ses malades le médecin qui autopsie les femmes mortes de fièvre puerpérale), dont les tables étaient constamment couvertes de cadavres de parturientes.

Or, je suis tombé malade moi-même ; j'ai eu une poly-arthrite grave, que mon médecin traitant n'a pas hésité à attribuer à la contagion due au milieu dans lequel je vivais. Comme je n'avais ni plaie, ni érosion cutanée, je suis bien obligé d'admettre encore que c'est par la voie pulmonaire que s'est produite l'infection.

(*Le Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 février 1892.

OPÉRATION CÉSARIENNE.

M. LEDRU (de Clermont-Ferrand). — J'ai pratiqué récemment l'opération césarienne, avec succès, sur une jeune femme de vingt-quatre ans, atteinte de rétrécissement du bassin. Il s'agissait d'une achitique, avec déformations prononcées des membres et chez laquelle le diamètre sacro-pubien n'avait que 4 centimètres. La grossesse passa bien et la malade devait accoucher en janvier. Le 23 décembre, je pratiquai l'opération césarienne : incision abdominale de 15

centimètres, incision de l'utérus et extraction rapide d'un enfant masculin mort. Après l'ablation du placenta et des membranes, l'utérus fut bourré de ouate hydrophile et je m'occupai, pour supprimer à l'avenir toute possibilité de grossesse, d'enlever les trompes et les ovaires ; ce temps de l'opération fut assez difficile. Ensuite, je fis la suture de la plaie utérine à deux étages et refermai le ventre.

Les suites furent simples : le tamponnement intra-utérin fut enlevé au dixième jour, et la malade sortit au bout d'un mois parfaitement guérie.

Dans cette opération, deux particularités méritent d'être notées : je n'ai pas fait sur l'utérus la ligature élastique d'attente qui a été conseillée, et je n'ai pas fait sortir l'utérus de l'abdomen pour en pratiquer l'incision.

M. MARCHAND. — En 1889, j'ai obtenu un succès analogue. Il s'agissait d'une femme de trente ans, qui avait, dans le bassin, une tumeur très adhérente aux os. Celle-ci avait sensiblement augmenté de volume au cours de la grossesse, et l'accouchement normal était désormais impossible. Je tentai l'opération césarienne dans les derniers jours de la grossesse. Je ne me suis pas non plus servi de la ligature élastique, mais j'ai incisé l'utérus à l'extérieur du ventre. J'ai sauvé la mère et l'enfant. Neuf points de suture profonde et vingt-deux superficiels à la soie fine m'avaient servi à réunir l'utérus.

M. BOUILLY. — Quand on peut surveiller la femme au cours de la grossesse, il est possible de choisir le moment propice à l'intervention, opérer avant le travail et conserver l'utérus. L'opération de Porro, au contraire, me semble indiquée lorsque l'on a à intervenir sur un utérus déjà infecté par un commencement de travail, toujours lent et difficile dans ces conditions.

Pour supprimer dans l'avenir toute possibilité de conception nouvelle, on peut, en effet, comme l'a fait avec succès M. Ledru, enlever les annexes, mais cette opération est particulièrement difficile, à cause du développement des systèmes veineux péri-utérins. Aussi ai-je trouvé plus simple, dans un cas, de réséquer sur chaque trompe un fragment de leur continuité et de poser des ligatures sur chaque segment. Le même but est atteint et le moyen est plus simple.

(*La Sem. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

EXISTE-T-IL UNE VAGINITE GONORRHEÏQUE CHEZ LA FEMME ADULTE ?

Par le Dr WELANDER. (*Archiv. für Dermatologie und Syphilis*,
t. XXIX, fasc. 1, p. 79.)

Depuis la découverte du gonococcus de Neisser on a reconnu que ce microorganisme ne se rencontre que très rarement dans le vagin ; on a prétendu qu'il ne végétait pas à la surface de la muqueuse vaginale, qu'il ne se rencontre dans la sécrétion du vagin qu'autant que le canal cervical a été envahi par l'infection blennorrhagique. M. Welandér combat cette opinion comme étant trop exclusive. Il soutient qu'il existe une vaginite blennorrhagique, dont il a observé quelques exemples. A ce propos il cite le cas d'une femme qui fut infectée par son mari lors des premières tentatives de coït. Le mari était à cette époque affecté d'une blennorrhagie subaiguë, avec nombreux gonococcus dans l'écoulement uréthral. La femme se plaignait d'une sensation de douleur et de chaleur aux parties génitales. Les petites lèvres, l'urèthre, le vestibule et l'entrée du vagin étaient tuméfiés, douloureux à la pression. Par l'urèthre s'écoulait une grande quantité de pus, qui contenait de nombreux gonococcus. L'hymen n'était pas déchiré ; par l'ouverture hyméniale s'écoulait un liquide purulent très épais. Il était impossible d'introduire un doigt ou un spéculum dans le vagin ; l'introduction d'une simple sonde était extrêmement douloureuse.

Après avoir procédé au nettoyage des organes génitaux externes, on introduisit avec précaution une sonde dans le vagin ; la matière purulente ramenée avec la sonde ne contenait que des cellules de pus et pas de cellules épithéliales, des gonococcus en nombre très considérable, mais très peu des microbes qui se rencontrent à l'état normal dans le produit de sécrétion du vagin. On ne constatait pas de symptômes en rapport avec une affection utérine. Pendant ce stade aigu de sa maladie, la femme a eu une menstruation normale.

Quelque temps après, la tuméfaction des parties génitales externes avait disparu ; la malade souffrait toujours en urinant ; elle avait toujours un écoulement uréthral, dans lequel on pouvait constater la présence d'un grand nombre de gonococcus. L'écoulement vaginal

avait beaucoup diminué ; il était devenu semi-purulent ; les microbes qui habitent normalement le vagin s'y trouvaient en très grand nombre, mais presque pas de gonococcus. Le col était légèrement rouge, nullement excorié ; dans le liquide visqueux, limpide, qui s'écoulait par l'orifice externe, on n'a pas pu découvrir un seul gonococcus. Il s'agissait donc bien, chez cette malade, d'une vaginite gonorrhéique.

L'auteur a insisté sur ce que tous les cas du même genre, qu'il a eu l'occasion d'observer, se rapportaient à des femmes jeunes (17 à 28 ans) qui avaient contracté leur vaginite lors d'une première tentative de coït.

E. R.

PRÉSENCE DE MICROBES DANS LE LAIT DE FEMME.

On avait toujours cru que le lait de femme ne contenait pas de micro-organismes. Il paraît que c'est là une idée fausse, et que, à l'état normal, en dehors de toute maladie, le lait peut contenir des bactéries. C'est du moins ce qui semble résulter des recherches de MM. Cohn et Neumann. Ils ont trouvé dans le lait recueilli avec toutes les précautions nécessaires des microbes pyogènes, et en particulier le staphylococcus pyogenes albus. L'abondance de ces micro-organismes est très variable. Ils pénétreraient dans la glande mammaire par l'extérieur ; aussi seraient-ils notablement plus nombreux dans la partie externe des conduits galactophores. Leur présence n'indique naturellement rien de pathologique. Ils n'altèrent en rien le lait et ne nuisent pas au nourrisson. (*Virchow's Archiv.*, vol. 126, p. 139, 1891.)

UN CAS D'AMÉNORRHÉE COMPLIQUÉE DE VERTIGES CONSÉCUTIF A LA RÉTENTION DE DÉBRIS MEMBRANEUX DES ENVELOPPES DE L'ŒUF FŒTAL

Par le Dr Tr. GRIGORIANZ, à Tiflis. (*Centralblatt für Gynæk.*, n° 46, 1891)

La patiente, âgée de 32 ans, multipare, étant venue nous consulter, déclare avoir eu une fausse couche quinze jours auparavant. Depuis lors, elle est atteinte de métrorrhagie et souffre de douleurs dans le bas-ventre. Le mal est localisé du côté droit.

Grâce au toucher, on constate une très grande augmentation de volume de l'utérus.

La matrice est à peu près trois fois plus volumineuse que normalement et il existe à droite un engorgement des ligaments larges.

Les symptômes de paramérite ont cédé grâce à l'emploi de douches chaudes.

La métrorrhagie cesse après une perte de débris membraneux.

Un mois après, la malade nous dit que les règles n'ont plus reparu depuis la cessation de l'hémorrhagie et la femme ressent des vertiges.

Nous prescrivons des pilules hématogènes.

Après un certain temps les règles reparaissent, mais le flux menstruel est relativement faible.

Les vertiges font leur réapparition après la menstruation.

Ces vertiges persistent malgré l'emploi des pilules ferrugineuses.

Enfin nous procédons à l'examen du col et de la cavité utérine.

La face postérieure de la paroi interne de la matrice est inégale et granuleuse et la paroi antérieure est lisse.

Après un raclage utérin bien fait, les vertiges cessent et les règles se produisent avec une grande régularité.

Deux ans après, la femme, qui fait l'objet de cette observation, met au monde un enfant bien portant.

Les vertiges proviennent d'un effet réflexe dont le point de départ se trouve dans l'utérus.

Dr LAMBINON.

(*Journal d'Acouchements.*)

HYDROCÈLE FÉMININE.

Femme 45 ans, admise à la clinique le 30 mars 1891. Elle présente au niveau de la grande lèvre du côté droit, remontant vers l'orifice inguinal externe, une tumeur assez volumineuse, de consistance élastique, pseudo-fluctuante, indolore, donnant un son mat à la percussion, irréductible dans l'abdomen. Cette tumeur se serait développée en un an, sans aucune cause appréciable.

L'opération pratiquée le 1^{er} avril confirma le diagnostic d'hydrocèle féminine qui avait été posé, avec une certaine réserve, car il pouvait s'agir aussi d'une hernie épiploïque.

Une incision pratiquée dans le grand axe de la tumeur conduit dans une cavité fermée de toute part, tapissée d'une mince membrane très lisse, remplie d'un liquide jaune citrin. A l'intérieur de cette cavité, flottant dans le liquide, se trouve un petit sac allongé, mince et transparent, rempli d'un liquide incolore, adhérent à l'angle supérieur de la cavité de l'hydrocèle.

Il s'agit évidemment là d'un ancien sac herniaire. La malade a probablement été atteinte à un moment donné de hernie congénitale ; des adhérences se sont formées au niveau du collet entre le sac herniaire et les parois du canal de Nück dans lequel s'est secondairement développée l'hydrocèle ; puis la cavité du sac elle-même s'est obstruée et il s'est petit à petit transformé en kyste.

Ce petit kyste étant excisé, la cavité de l'hydrocèle est complètement fermée par des sutures en étages, et la plaie suturée par-dessus.

L'opération n'est suivie d'aucune réaction. 20 jours après la malade quitte l'hôpital complètement guérie.

FOLIE SURVENANT APRÈS LES OPÉRATIONS GYNÉCOLOGIQUES.

La gynécologie opératoire est fort en honneur chez les Américains. Or, d'une enquête à laquelle le Dr Baldy s'est livré, il résulte qu'un huitième des femmes aliénées, soignées dans les asiles de la Pensylvanie, avait subi antérieurement la laparotomie. Notre confrère américain précise encore davantage, car, d'après lui, la fréquence de la folie après les opérations gynécologiques est encore plus grande que ne paraissent l'indiquer les chiffres. Beaucoup de femmes, en effet, n'entrent pas dans les asiles, soit parce que les phénomènes mentaux guérissent rapidement, soit parce que la mort survient assez vite et avant la guérison de l'opération. Voici les conclusions du travail de M. Baldy :

1° Des désordres mentaux graves se produisent souvent, à la suite d'une opération chez les sujets dans la famille desquels on ne trouve aucune tare héréditaire de folie ;

2° Ces troubles mentaux succèdent bien plus souvent aux opérations pratiquées sur les organes génitaux, qu'à toutes les autres opérations ;

3° L'opération est bien la cause de cette aliénation, mais celle-ci survient surtout chez les personnes fortement impressionnables ;

4° Cette émotiounnabilité est donc un facteur important à considérer en chirurgie et le chirurgien ne doit se décider à opérer un sujet très impressionnable, que quand il y a nécessité absolue ;

5° Enfin la folie post-opératoire est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.

(Rev. de Thér.)

ACCOUCHEMENT EXTRA-ABDOMINAL.

M. F. STEIN rapporte un fait curieux d'accouchement extra-abdominal.

Il avait été appelé auprès d'une femme de la campagne qui était en travail depuis plusieurs heures. Au dire des deux sages-femmes qui assistaient la parturiente, l'accouchement était entravé par la présence d'une tumeur située au-devant des parties génitales. M. Stein trouva une femme de vingt-deux ans, secondipare, très petite, d'aspect peu robuste ; entre les grandes lèvres, on voyait une masse arrondie, un peu plus grosse qu'une tête d'enfant, qui n'était autre chose que l'utérus sorti du bassin avec son contenu ; le fond seul de l'organe était resté à l'intérieur du corps.

L'orifice utérin était dilaté comme une pièce d'un thaler, et on pouvait apercevoir le cuir chevelu de l'enfant. En introduisant un doigt dans cet orifice, il était facile de reconnaître une présentation du sommet.

Bien que les douleurs fussent régulières et intenses, il fallut encore deux heures pour que l'orifice devint suffisamment large pour laisser passer la tête. L'enfant fut alors très facilement extrait de l'utérus comme d'un sac ; il était vivant et parfaitement constitué.

L'intervention de M. Stein dans cet accouchement se borna à maintenir l'utérus pour empêcher une déchirure de ses ligaments. Après avoir fait la délivrance, et après avoir pris de minutieuses précautions antiseptiques, il replaça l'utérus dans sa situation normale, et il put se convaincre qu'il n'existait chez cette femme aucune anomalie des diamètres du bassin.

(*Wien. med. Blätter. et la Prat. med.*)

MAL DE POTT ET GROSSESSE.

Le Dr Myers, de New-York, a collationné vingt-cinq cas d'accouchement, chez quinze malades guéries du mal de Pott. La récurrence ne se produisit dans aucun cas. Cependant, de sept malades chez qui le mal de Pott s'était déclaré pendant la grossesse, trois succombèrent et trois restèrent paraplégiques. Souvent l'accouchement est normal, même lorsque la mensuration semble indiquer qu'il est impossible. Ces malades doivent être examinées par des accoucheurs, dans les premiers mois de la grossesse.

Le Dr Taylor connaît des jeunes femmes guéries qui ont eu des enfants en bonne santé.

Le Dr Ryan, de Cincinnati, dit que la question se pose, de savoir si les tuberculeux doivent se marier. Il connaît des femmes tuberculeuses qui, bien que très déformées par le mal de Pott, ont eu néanmoins des enfants bien portants.

Le Dr Steele a une de ses malades, guérie du mal de Pott, qui a donné le jour à 6 enfants en bonne santé.

Le Dr Lee dit qu'une de ses malades atteinte d'une considérable déviation lombaire, a eu trois enfants qui se portent bien, de même que leur mère. Il croit que le mal de Pott, même dans la région lombaire, produit rarement le rétrécissement des diamètres du bassin.

Le Dr Vance a vu de nombreux cas de ce genre et dans lesquels le travail de l'accouchement n'a pas été très difficile.

(*Annales d'orthopédie.*)

LES REINS MOBILES CHEZ LES FEMMES.

Les déplacements des reins constituent une anomalie assez fréquente chez les femmes et on ne connaît pas encore très bien leur influence sur un grand nombre de maladies. A l'encontre de ce qu'affirment la plupart des auteurs, *Lindner* a observé le plus grand nombre de reins mobiles chez des nullipares, et à un âge où le relâchement des parois abdominales ne peut s'être encore produit. Aussi l'auteur admet-il que l'anomalie est congénitale ou qu'elle se développe chez les prédisposées par suite de circonstances adjuvantes. Au point de vue symptomatologique, *Lindner* insiste surtout sur les signes que donne la palpation pratiquée avec les deux mains, la droite en avant sur la paroi abdominale, la gauche appliquée sur la région lombaire ; l'existence d'une tumeur mobile ayant la forme et la consistance des reins est caractéristique. Quelques symptômes subjectifs ont une grande valeur, surtout les troubles digestifs, la constipation, la fétidité de l'haleine. Tous ces symptômes tiendraient souvent à la mobilité du rein droit et disparaîtraient sitôt que l'organe est fixé par un bandage. Enfin les troubles nerveux sont très communs. Le port d'un bandage approprié est le meilleur traitement à opposer ; s'il ne réussit pas à rendre l'existence supportable, l'auteur est d'avis de pratiquer la néphrectomie, après s'être assuré de l'état de l'au-

tre rein ; mais il repousse la néphrorraphie par la méthode de Hahn comme donnant des résultats insuffisants.

(*Pester med.-chir. Presse*, n° 13, 1888.)

TRAITEMENT DE LA PYOSALPINGITE PAR LA LARGE DILATATION
DE L'UTÉRUS,

PAR M. GOTTSCHALK.

Ce traitement est surtout indiqué dans les cas où la trompe est déjà distendue par le pus et ne présente pas d'incurvations ou d'étranglements qui sont autant de poches distinctes pleines de pus.

Dans ces derniers cas, il est évident que l'extirpation seule de ces trompes irrégulièrement distendues est le seul remède ayant chances de succès. Mais il n'y a aucun danger à commencer une large dilatation de la cavité utérine dans le traitement de la pyosalpingite. Cette opération menée prudemment rompt les adhérences et ouvre la voie pour un écoulement naturel du pus. Dans ces cas-là, il ne faut pas pratiquer le curettage que recommandait Walton, de peur de crever les poches renfermant le pus, car il ne présente aucun avantage sur la dilatation simple et antiseptique.

La technique de la dilatation de l'utérus est toujours la même et des plus simples. Elle peut se faire au moyen de la laminaire. Les instruments dilateurs peuvent aussi être employés, suivant les cas. Il faut prendre soin entre chaque pansement de donner une injection intra-utérine avec la sonde à double courant. Les tampons intra-utérins peuvent rester de un à trois jours en place. Le pus imbibe peu à peu les tampons et s'élimine de cette façon. Le tampon intra-utérin, tout en élargissant la cavité utérine, dilate aussi l'ouverture de la trompe par le même mécanisme. Donc, en résumé, la dilatation de la cavité utérine peut toujours être essayée dans la pyosalpingite.

(*Gaz. de gynécol.*)

SUR UN SIGNE PRÉCOCE DU CANCER DE L'UTÉRUS.

M. le docteur Audry indique, dans le *Lyon Médical*, un signe sur lequel M. le docteur Laroyenne insiste depuis longtemps dans son enseignement. Ce signe, il sera utile quand on se trouvera en présence de ces cas douteux, mal distincts des métrites, et où l'on est obligé

d'ordinaire de recourir à l'examen microscopique de fragments excisés. Il ne s'applique qu'au cancer du col et de la cavité cervicale. On peut le formuler ainsi :

Toutes les fois que, dans une surface suspecte du col ou de la cavité cervicale, on pourra enfoncer l'ongle et ramasser quelques débris de tissus, on est autorisé à affirmer la nature épithéliomateuse de la maladie.

Tout le monde connaît la friabilité extrême des grosses masses exubérantes que le doigt déchire sans effort. C'est, en somme, cette même friabilité qu'on découvre, mais localisée à une surface assez peu profonde, assez restreinte en étendue pour que les autres caractères cliniques ne permettent pas d'affirmer sa valeur de cancer.

C'est du reste un signe uniquement destiné à différencier le col cancéreux des différents cols au début de la métrite chronique.

Au toucher, ces derniers apparaissent tantôt durs, tantôt mous. Dans aucun cas on ne retrouvera la possibilité de faire pénétrer l'ongle dans la muqueuse et d'en ramener des lambeaux. L'ongle ne pénètre et ne déchire que le cancer.

Et d'ailleurs, il n'existe pas de forme d'épithélioma, si dure qu'elle puisse être, où l'on ne puisse réussir à emporter ainsi quelques débris. Il est clair qu'on agit de la sorte sur de petits nids épithéliaux qui échappent à l'exploration grossière par leur petitesse, l'absence d'ulcération, etc.

Le procédé est simple, fidèle ; à la clinique, il rend tous les jours de grands services dans les cas si nombreux où l'on éprouve des doutes. Il suffit généralement pour dispenser de l'examen microscopique des excisions parcellaires.

UN PROCÉDÉ D'AMPUTATION DES CORPS FIBREUX DE L'UTÉRUS

Par M. C. AUDRY.

Ce procédé est employé par M. Laroyenne dans les cas de polypes fibreux intra-utérins et répond aux deux indications capitales à remplir dans cette opération : 1° l'hémostase absolue ; 2° l'asepsie parfaite. (*Lyon Med.*, 4 janv. 1891, p. 14.)

M. Laroyenne amène la tumeur à l'entrée du vagin par les moyens classiques : traction, dilatation ou section du col, etc.

Il incise la muqueuse circulairement au niveau du pédicule de la tumeur en gardant un lambeau suffisant pour recouvrir la surface

de section du fibrome et faire une manchette de muqueuse comparable à la manchette cutanée des amputations circulaires des membres.

Il *décortique* cette manchette avec les ciseaux courbes jusqu'à l'insertion du polype, énuclé celui-ci et pratique l'hémostase avec les pinces.

En dernier lieu, il suture soigneusement le lambeau de la muqueuse disséquée et réappliquée sur la plaie.

K. R.

NOUVELLES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE. — La Société belge de gynécologie et d'obstétrique prend l'initiative de fonder un Congrès international périodique de gynécologie et d'obstétrique, qui tiendrait ses sessions tous les quatre ans, alternativement en Suisse et en Belgique. La première session aura lieu à Bruxelles, du 14 au 19 septembre 1892 inclus.

Trois questions ont été portées à l'ordre du jour : 1° Des suppurations pelviennes, rapporteur M. le Dr P. Segond, de Paris ; 2° Des grossesses extra-utérines, rapporteur M. le Dr A. Martin, de Berlin ; 3° du placenta prævia, rapporteur M. le Dr Berry-Hart, d'Édimbourg.

Le montant des cotisations est fixé comme il suit : 1° Membre fondateur : 300 francs. Cette cotisation opère le rachat des cotisations ultérieures ; 2° membre participant à la première session : 30 francs. Cette cotisation donne droit au titre de membre et à la réception ultérieure du compte rendu des travaux du Congrès.

Les inscriptions pour communications, discours, démonstrations, etc., doivent être adressées au secrétaire général, Dr Jacobs, 12, rue des Petits-Carmes à Bruxelles (jusqu'au 1^{er} juillet 1892).

Le Comité d'organisation a entrepris d'annexer aux premier Congrès une Exposition internationale d'instruments et appareils se rapportant à la gynécologie et à l'obstétrique, qui aura lieu dans les locaux du Congrès et à la Maternité de Bruxelles.

Prière d'adresser toutes les correspondances concernant le Congrès et l'Exposition au secrétaire général.

VARIÉTÉS

L'AGE PROPICE AU MARIAGE. — Si les mères de famille connaissaient le travail que M. Kœrœsi, de Budapest, a lu devant l'Institut international de statistique, à Vienne, elles seraient moins pressées de marier leurs filles ; car les filles mariées trop jeunes donnent le jour à des enfants débiles et soumis à une forte mortalité. La mortalité des enfants diminue à mesure que leurs mères deviennent moins jeunes, et elle ne devient normale que si la mère atteint environ 25 ans. C'est le bon âge pour avoir des enfants bien portants. Les chiffres dont on vient de parler s'appliquent aux catholiques. Les juifs conservent mieux leurs enfants ; mais, pour les juives comme pour les catholiques, il est mauvais de se marier trop tôt. L'âge des pères a aussi une influence sur la mortalité des enfants : les jeunes hommes mariés avant vingt ans ont des enfants débiles, et si les deux époux sont trop jeunes, la mortalité des enfants atteint son maximum. M. Kœrœsi trouve qu'à Budapest la fécondité des familles juives est à peu près pareille à celle des familles catholiques, ce qui est contraire à ce qu'on a observé dans d'autres pays. M. Kœrœsi a cherché si la mortalité des enfants est en rapport avec la fécondité des familles ; il a trouvé qu'en effet les familles nombreuses perdent proportionnellement plus d'enfants que les familles peu nombreuses. Mais il s'est empressé d'ajouter que cette différence n'était pas très concluante ; et, en effet, en Hongrie comme en France, ce sont les familles les plus pauvres qui ont le plus d'enfants. Puisqu'elles sont pauvres, il n'est pas surprenant qu'elles perdent passablement d'enfants. Cette mortalité vient de la pauvreté, plutôt que de la coexistence d'enfants nombreux. (*Lyon méd.*)

ECOLE DENTAIRE POUR LES FEMMES. — Après avoir conquis le droit au bistouri et au stéthoscope, voici que les femmes, en Suède, affirment leur autorité à manier la clef de Garangeot.

Désireuses de ne pas se laisser devancer pendant trop longtemps par les Russes, les Suédoises viennent, sous la direction de Mlle Eléna Lewin, récemment diplômée à l'Ecole dentaire de Gothenbourg,

d'ouvrir à Stockholm une école dentaire spécialement affectée aux étudiants du sexe faible.

L'ACCESSION DES DOCTORESSES EN MÉDECINE DANS LES SOCIÉTÉS SAVANTES.

— La candidature de Mlle Roussel, docteur en médecine, auteur d'une thèse sur les *Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus*, a été l'objet d'un rapport favorable lu à la Société de médecine de Rouen par le docteur Bouchet.

DE L'ABSENCE DE SENSATIONS VOLUPTUEUSES CHEZ LA FEMME, PAR LE DOCTEUR VOINOFF. — Les gynécologues savent qu'il n'est pas rare de voir une absence complète de sensations voluptueuses chez la femme pendant le coït et que cette affection peut avoir des conséquences sérieuses. Cependant, elle n'est pas décrite dans les livres classiques de gynécologie, comme une affection sui generis. Le professeur Hammond attribue cette affection à l'impuissance génitale, tendant à l'expliquer par l'antipathie de la femme envers l'homme ; par la différence d'âge des conjoints ; par la diminution de la puissance érectile des organes génitaux externes ; mais il ne donne pas un tableau clinique de la maladie et ne parle pas des phénomènes morbides qui l'accompagnent.

L'auteur cite une observation typique de cette affection.

Il s'agit d'une femme âgée de 21 ans, mariée depuis un an 1/2 ; réglée à 15 ans, régulièrement ; mariage d'amour.

Le mari est jeune, bien portant.

Les premiers rapprochements provoquent une douleur dans les organes externes et ne s'accompagnent pas de sensation voluptueuse. Ensuite chaque rapport sexuel provoque une tension dans l'aîne, une douleur dans les régions hypogastriques et dans les fosses iliaques avec malaise général et sans trace de plaisir sexuel.

Les douleurs et le malaise qui suivaient chaque coït deviennent bientôt constantes. A ces symptômes vient bientôt se joindre une cystalgie tellement douloureuse que la malade s'abandonne avec terreur, malgré la persistance du désir, aux caresses de son mari. La malade est bien constituée, légèrement anémique et nerveuse. Les organes génitaux sont bien conformés ; leurs téguments et les parois vaginales sont cyanosés.

L'utérus et les ovaires sont sains. Absence de pertes blanches. Rien dans les urines. La sensibilité est notablement diminuée.

L'excitation tactile et celle d'un courant faradique provoquent une réaction très affaiblie, tandis que la paroi du ventre réagit fortement.

Le docteur Jasinski, attribuant tous les symptômes morbides à l'absence de satisfaction sexuelle due à la diminution de la sensibilité des organes génitaux externes, propose la faradisation pour relever la sensibilité des téguments. Un pôle est mis sur l'épigastre et l'autre au niveau des organes génitaux externes ; séance quotidienne de 6 à 10 minutes. Douche vaginale de 28° R. et abstinence du coït. Au bout de deux séances les douleurs spontanées ont diminué. Après dix séances la malade eut un coït accompagné de sensation voluptueuse très complète, sans douleurs, ni malaise. On continua les séances de faradisation d'abord tous les deux jours et ensuite tous les trois jours, en diminuant graduellement l'intensité du courant. Le traitement dura deux semaines. La douleur du bas-ventre et à la miction ont complètement disparu ; les téguments génitaux et les parois vaginales ont repris leur couleur rose naturelle. La guérison s'est maintenue.

(*Medisina*, 1891.)

BIBLIOGRAPHIE

- I. **Le cathétérisme de l'urèthre et de la vessie**, par le D^r HENRI PICARD. (Extrait du *Répertoire de thérapeutique*, sept. 1891.)
- II. **Hystérectomie vaginale dans un cas de métrite fongueuse hémorragique pour laquelle le curettage était inapplicable, chez une femme de 44 ans. Guérison**, par le D^r E. OZENNE, chir. adj. de Saint-Lazare. (Extrait de la Société médicale du IX^e arrond.) Clermont, Daix.
- III. **Cure radicale de la hernie sans étranglement chez la femme**, par le D^r JUST-LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. (Comm. faite au Congrès de l'Associat. pour l'Avanc. des sciences.) Paris, Coccoz, 1891.
- IV. **La thérapeutique pathogénique**, par H. HUCHARD. Paris, Doin, 1891.
- V. **De la chloroformisation à doses faibles et continues**, par le D^r MARCEL BAUDOUIN. (Extrait de la *Gaz. des hôpitaux*.) Paris, 1892.

Nous recommandons vivement la lecture de cet intéressant travail à tous nos confrères qui peuvent être appelés un jour ou l'autre à faire de l'anesthésie chloroformique. C'est un éloquent plaidoyer en faveur de l'excellente méthode des doses faibles et continues, imaginée par M. Labbé, et que nous avons eu souvent l'occasion de voir appliquer par M. Boncourt, avec une sécurité remarquable.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

30. — Poudre contre la constipation des nouveau-nés (WYETH.)

Magnésie calcinée.....	} à 5 grammes.
Rhubarbe pulv.....	
Oléo-saccharure d'anis.....	

Une pincée trois fois par jour, pour faire cesser la constipation des nouveau-nés de 1 à 2 ans. Pour les enfants âgés de quelques semaines seulement, on réduit à deux ou trois grammes la dose de rhubarbe et de magnésie. — N. G.

* *

31. — Injections contre la vaginite aiguë. (CH. ELOY.)

1 ^o Sulfate de fer.....	20 grammes.
Eau distillée.....	1.000 —

Faites dissoudre.

2 ^o Hydrate de chloral.....	30 grammes.
Eau distillée.....	1.000 —

Faites dissoudre.

A la période terminale de la vaginite aiguë, on pratique plusieurs injections avec l'une ou l'autre de ces deux solutions. — Tous les jours, tamponnement avec de l'ouate imbibée du glycérolé suivant : Acide tannique, 5 grammes ; glycérolé, 5 grammes. — Tous les deux jours s'il y a lieu, attouchement de la muqueuse vaginale, avec la solution de nitrate d'argent au 1/30^e.

Au début de la vaginite aiguë, on combat l'inflammation, à l'aide d'injections émollientes très chaudes faites avec le topique suivant : feuilles de coca, 5 grammes ; acide borique, 20 grammes ; espèces émollientes, 25 grammes ; eau, 1 litre. F. s. a. une décoction. — 3 ou 4 injections par jour.

* *

32. — Injections sous-cutanées de pilocarpine contre

Revue des Maladies des Femmes. — MARS 1892.

l'éclampsie post-parturiente. — Il y a déjà plusieurs années, M. Strisover rapporta 6 cas d'éclampsie post-parturiente traités avec succès par des injections sous-cutanées de pilocarpine. Le même a traité avec succès quatre nouveaux cas d'éclampsie. Il se sert de la solution suivante :

Chlorhydrate de pilocarpine.....	0 gr. 06
Fau distillée.....	30 gr.

M. S. — A injecter une seringue de Pravaz à chaque accès d'éclampsie, jusqu'à disparition du myosis : tout le temps que persiste le rétrécissement des pupilles, on ne peut se croire à l'abri d'un nouvel accès. L'affaiblissement de l'énergie cardiaque ne contre-indique pas l'emploi de la pilocarpine.

(Gaz. des Hôp. de Toulouse.)

* * *

33. — La glycérine iodée dans le traitement des hémorrhoides, par le docteur E. PREISSMANN, d'Odessa. (*Wiener medicinische Presse*, 1891, n° 22, p. 868.) — Depuis des années, l'auteur emploie avec le plus grand succès, dans les cas d'hémorrhoides, les applications de glycérine additionnée d'iodure de potassium et d'iode, suivant les deux formules :

1° Iodure de potassium.....	2 grammes.
Iode pur.....	0 gr. 2
Glycérine.....	35 grammes.

M. — *Solution faible.*

2° Iodure de potassium.....	5 grammes.
Iode pur.....	1 —
Glycérine.....	35

M. — *Solution forte.*

Le médecin prescrira l'une ou l'autre de ces deux préparations, en se réglant sur la susceptibilité individuelle du sujet. Le traitement se fera de la façon suivante :

D'abord le malade prendra un bain de siège tiède. Puis il trempera de petits bourrelets d'ouate dans la glycérine iodée, et il les appliquera sur les bourrelets hémorrhoidaires. Ces applications seront renouvelées d'heure en heure ou à des intervalles plus éloignés. Elles

occasionnent une sensation passagère de brûlure, très tolérable. On obtient ainsi une guérison radicale.

(*Rev. de clin. gén. et therap.*)

* * *

34. — L'antipyrine contre les contractures tétaniques de l'utérus. — Wright a employé avec un succès éclatant, dans un cas de contracture tétanique de l'utérus, l'antipyrine à l'intérieur à la dose de 0 gr. 10 répétée tous les quarts d'heure. La contracture devint moins prononcée dès la première dose et disparut, complètement après la troisième. Il faut recourir à ce traitement dès le début de l'affection, avant que les nerfs utérins et les centres nerveux soient épuisés par la contracture tonique du muscle utérin par trop prolongée. (*London med. Record.*)

* * *

35. — La valeur thérapeutique du lysol en gynécologie. — Nous voulons aujourd'hui attirer l'attention sur un nouveau produit antiseptique dont la valeur est bien démontrée, grâce aux travaux de nombreux hygiénistes.

Des expériences rigoureuses de Schotellius et de Gerlach nous montrent qu'une solution de *lysol* à 2,5 pour cent stérilise complètement des cultures du *staphylococcus pyogenes aureus*, du *streptococcus pyogenes*, des microbes de la pneumonie, du choléra, du typhus, de la dysenterie, etc.

Ce composé, le *lysol*, qui renferme la moitié de son poids de créosylol pur et soluble, a déjà reçu de nombreuses applications comme microbicide et désinfectant.

C'est un liquide brun, soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther. Il se dissout immédiatement dans l'eau et forme un liquide blanc laiteux opalescent, ayant une odeur de goudron.

Une dose de 3 grammes de *lysol* par litre d'eau suffit pour amener la désinfection des matières septiques les plus résistantes.

Son origine et quelques-unes de ses propriétés ont été exposées à la Société de Thérapeutique de Paris, dans sa séance du 28 octobre 1891, par MM. Petit, Bardet et Delplanche (1).

Récemment introduit dans la pratique gynécologique, en Bel-

(1) *Semaine médicale*, octobre 1891.

gique (1) et en France, il semble, par sa sûreté d'action, son innocuité et son faible prix de revient, offrir de réels avantages sur les antiseptiques employés dans la pratique courante.

Le gynécologue qui ne pourra pas toujours faire passer ses instruments à l'étuve pourra les laisser séjourner, dans une solution de *lysol* à 3 ou 5 % pendant plusieurs heures sans qu'ils soient altérés. Le *lysol* étant un savon à base alcaline, il lui suffira de les brosser vigoureusement pour avoir des instruments aseptiques. Spéculums, hystéromètres, sondes en caoutchouc, etc., qui sont constamment employés par le praticien, n'ont pas besoin d'être enduits de vaseline pour être mis en place, les solutions de *lysol* lubrifiant les tissus ; la vaseline sera également inutile pour le toucher vaginal, si les mains ont été lavées dans une solution de cet antiseptique.

Auvard a démontré combien il était difficile de rendre les parois vaginales aseptiques. Avec une solution de *lysol* à 0,5 ou 1 %, on peut obtenir cette asepsie en ayant soin de déplisser les parois vaginales et en exerçant des frictions sur ces parois.

Son action est réellement efficace dans les vaginites et endométrites cervicales. Des injections bi-quotidiennes à 10 ou 15 par mille modifient rapidement l'état de ces muqueuses.

Les sécrétions muco-purulentes qui obstruent si souvent le col utérin et qui sont si difficiles à enlever sont rapidement entraînées par cette solution, qui détruit leur cohésion et les dissout.

Pour les lavages intra utérins après dilatation simple ou curettage, cette solution entraîne facilement toutes les mucosités et les caillots qui se trouvent dans la cavité utérine, parce qu'il les ramollit, les dissocie.

C'est surtout à ce point de vue qu'il offrira des avantages au gynécologue. Savon à base alcaline, il enlève des muqueuses tous les produits gras sébacés qui les recouvrent en les émulsionnant, et permet au crésylol d'agir directement sur les points malades.

Pour les opérations à pratiquer sur les organes génitaux, il suffit pour aseptiser la région, sans qu'on ait besoin d'avoir recours au savonnage et aux frictions à l'alcool.

(Gaz. de Gyn.)

* * *

(1) *La Clinique*, 10 décembre 1891.

36. — De la grossesse après l'hystéropexie, par R. LABUSQUIÈRE. — Quatorze observations de grossesse après hystéropexie réunies par Labusquière, montrent que cette opération n'empêche nullement la conception. De ces quatorze grossesses, deux ont été suivies de fausses couches, deux sont encore en observation, dix sont arrivées à terme normalement. On peut donc affirmer dès aujourd'hui que l'hystéropexie n'est ordinairement pas un obstacle à l'évolution normale de la grossesse et de l'accouchement.

(Ann. de gynécol.)

* * *

37. — Débridement vaginal des collections pelviennes, par le Dr GOULLIOT. — Voici les conclusions de ce travail paru dans la *Gazette de Gynécologie* :

La méthode de M. Laroyenne, qui ouvre largement par le vagin les collections de la périmérite chronique et les maintient béantes jusqu'à cicatrisation, mérite une place importante dans le traitement des collections pelviennes. Son procédé opératoire rend cette intervention plus complète, facile et sûre.

Le résultat immédiat est un soulagement considérable, celui du débridement d'un abcès, et une guérison opératoire certaine, même dans les cas compliqués de foyers multiples et de fistules.

Les résultats lointains, chez des malades revues de dix-huit mois à six ans après l'opération, ont été presque constamment satisfaisants. Beaucoup sont parfaits sans aucune restriction. Ces résultats éloignés vont s'améliorant : ils sont supérieurs à ceux observés quelques mois après l'intervention.

Quatre opérées ont eu une conception ultérieure.

Ces résultats heureux, confirmés par une longue observation, ont été constatés non seulement dans les phlegmons, les pelvi-péritonites et les hématoécèles, mais aussi dans les collections tubaires. Cette méthode peut donc être employée dans tous les cas de collections pelviennes.

Mais préférerait-on l'ablation immédiate des annexes, en cas de dilatations salpingées, on devrait lui réserver au moins les cas mauvais où l'on n'est pas sûr du succès par la laparotomie et où l'on obtiendra ainsi une guérison inattendue.

L'ablation des annexes reste une ressource ultime et alors d'une moindre gravité, en cas de persistance des douleurs par lésions cica-

tricielles. Elle est alors indiquée comme dans les salpingo-ovarites sans collection.

La supériorité du débridement vaginal des collections pelviennes réside surtout dans sa gravité incontestablement moindre, dans sa mortalité presque nulle. C'est, dans les suppurations pelviennes, pour la laparotomie, une mortalité de 10 %, et pour le débridement vaginal, une mortalité de 1 ou 2 %.

* * *

38.— Dysménorrhée et son traitement, par E. L. H. MAC GINNIS. (*The New-York Journ. of gynecol. and. obstetrics*. — Vol II, n° 1, janvier 1892.)

Sans repousser tel ou tel autre traitement, sans refuser systématiquement à une combinaison de tels ou tels moyens un effet curatif sur la dysménorrhée, M. E. L. H. Mac Ginnis préconise l'emploi de l'électricité qui lui a donné dans ces cas de très bons résultats.

La dysménorrhée est un symptôme, et ce n'est souvent que pour le soulagement de ce symptôme que l'on vient trouver le médecin. Quelles sont les conditions qui le produisent ? Elles résident dans un état local ou général agissant défavorablement sur le cours normal des règles et sont constituées :

- 1° Par un tempérament chlorotique ou nerveux (les deux ordres de faits sont connexes de très près) ;
- 2° Par un état utérin morbide ;
- 3° Par l'inflammation ovarienne.

La mauvaise hygiène qui préside à la vie actuelle, dans toutes les classes sociales, conduit à la première de ces conditions. M. Mac Ginnis, sur une femme de 26 ans, ainsi débilitée, toujours malade au moment de ses règles, et, la fois qu'elle vint le consulter, souffrant beaucoup, appliqua le traitement électrique. Les organes génitaux et leurs annexes étaient sains. Tous les deux jours il se servit de courants faradiques aussi forts que possible. Au bout du mois les règles revinrent normales et moins douloureuses ; la fois suivante, il n'y avait plus que du malaise, et l'état général nerveux se trouvait très amélioré. Il va sans dire que le traitement général par le fer et les hypophosphates n'avait pas été négligé.

Sous la rubrique d'utérus morbide, l'auteur range les conditions qui rendent difficile la migration de l'œuf à travers les voies génitales utérines (déplacements congénital, accidentel, antérieur, postérieur,

latéraux ; fibromes interstitiels et sous-muqueux, polypes, métrite et endométrite). Les moyens ordinaires pour les combattre peuvent amener quelque soulagement ; ils ne valent pas les effets favorables obtenus à l'aide des courants galvaniques selon les règles d'Apostoli, surtout en ce qui concerne les tumeurs fibreuses.

L'examen vaginal, dans le cas de dysménorrhée due aux ovaires enflammés, révèle une sensibilité locale extrême à la pression accompagnée généralement d'une impression de nausée. Ces cas ne tirent qu'une très minime amélioration du traitement ordinaire ; quant à la castration, c'est une mesure trop grave si la malade désire une grossesse. Dans ces cas, les courants faradiques ont rendu d'immenses services.

En résumé, dans les trois ordres de faits pathologiques qui viennent d'être mentionnés, M. Mac Ginnis a obtenu des résultats auxquels l'on n'avait pu arriver par les méthodes ordinaires et c'est avec une grande conviction qu'il les expose dans l'article dont nous donnons le compte rendu.

(*Rev. gén. de méd. et de thér.*)

* *

39.—Traitement du kyste du vagin compliquant l'accouchement. (*Nouveau Montpellier médical*, n° 2, 9 janvier 1892, p. 28.) — On tend à considérer les kystes du vagin comme des hygromas ou des bourses séreuses accidentelles développées dans le tissu conjonctif de la couche fibro-musculaire du conduit. L'accouchement joue un rôle considérable dans le mécanisme de leur formation en déterminant une sorte de relâchement de la paroi et du tissu sous-jacent, condition éminemment favorable à la production d'une collection séreuse dans ses mailles.

En raison de l'obstacle mécanique apporté par le kyste à l'accouchement, sa ponction s'impose. C'est à elle que l'on doit avoir recours, quitte à revenir plus tard et d'une façon radicale pour débarrasser à jamais la malade de sa tumeur.

C. A.

* *

40.—Du traitement électrique des fibromes utérins. — Dans la même séance, M. Inglis Parsons a communiqué les résultats qu'il a obtenus dans 20 cas de fibromes et autres affections de l'uté-

rus, par le traitement électrolytique. Il a employé cette méthode dans 14 cas de myomes de l'utérus et a toujours réussi, sauf une fois, à arrêter l'hémorrhagie. Il a pu obtenir aussi une amélioration notable des symptômes dépendant de la pression exercée par le néoplasme, bien qu'il n'ait pu constater qu'une petite diminution du volume des tumeurs. Il estime que ce traitement peut rendre de véritables services dans nombre de cas, d'abord parce qu'il détermine parfois un arrêt de croissance et même la résorption de la tumeur, ensuite parce qu'il met fin aux pertes sanguines et qu'il soulage les souffrances de la malade sans entraîner la stérilité.

M. Horrocks fait observer que les résultats ont paru le plus satisfaisants précisément dans les cas où le diagnostic était forcément douteux. Il nie l'existence d'une action « interpolaire ». Essayée à Guy's Hospital, la méthode a été abandonnée, non pas qu'elle ne rendait de services, mais parce qu'il était possible d'obtenir des résultats aussi satisfaisants par des moyens plus simples et plus sûrs.

M. Playfair n'est pas partisan de la galvano-puncture, parce que celle-ci fait courir à la malade des dangers qui ne répondent pas toujours à l'amélioration obtenue. Toutefois, il a eu l'occasion d'observer plusieurs faits venant à l'appui des propriétés hémostatiques du courant électrique, et il estime qu'on possède dans la méthode d'Apostoli un moyen thérapeutique fort utile dans un certain nombre de cas, sans qu'on doive s'exagérer les bienfaits qu'on peut en retirer.

(*La Sem. méd.*)



41. — Traitement de la Morphinomanie par les injections hypodermiques de sulfate de spartéine. — Le morphinomane, bien habitué à son poison, s'est créé des conditions physiologiques artificielles qui le maintiennent dans son vice favori comme dans un cercle vicieux d'où il ne peut sortir et qui se resserre sans cesse autour de lui.

En effet, si, puisant dans le peu d'énergie morale qui lui reste la force pour tenter un effort destiné à lutter contre sa fatale passion, il éprouve bientôt un sentiment de défaillance intolérable, un sentiment de malaise général qui lui fait craindre une syncope d'un moment à l'autre et le fait retomber dans sa pernicieuse habitude. Aussitôt après qu'il a succombé, un état de bien-être et de satisfaction indicible succède à ces différents maux.

A quoi tient ce malaise consécutif à la privation de la morphine ? A ce que le cœur privé de son excitant habituel est impuissant à lutter contre la résistance vasculaire, tant son impulsion est affaiblie par suite de l'absence du stimulant habituel. Cette diminution de l'impulsion cardiaque constitue un état semblable à ce que l'on constate dans l'anévrisme du tronc brachio-céphalique, notamment dans certains cas de néphrite chronique et dans diverses autres maladies. Il se produit de l'anémie cérébrale et tous les tissus sont en état d'anémie par défaut.

Maintenir le morphinomane dans cet état n'est pas sans danger et l'on a vu des syncopes, même suivies de mort, survenir à la suite de cette suppression absolue et brusque de la morphine. Cette méthode de traitement, outre qu'elle est dangereuse est aussi très dure et impossible à appliquer si le malade n'est pas séquestré absolument d'une part, et si, d'autre part, le médecin n'a pas le patient continuellement sous sa surveillance prêt à lui faire une piqûre s'il survient une menace trop forte de syncope.

Ce mode de traitement ne saurait donc être que très exceptionnellement appliqué. Bien qu'une fois les premiers inconvénients vaincus il conduise plus vite à une guérison définitive, il ne saurait être de notre avis le *traitement de choix de la morphinomanie*.

Quel doit donc être ce mode de traitement ? Nous avons vu que les malaises résultant de la privation de la morphine sont la conséquence de l'affaiblissement du cœur privé de son excitant habituel. En conséquence une substance autre que la morphine qui jouirait de propriétés capables de rendre à cet organe sa tonicité primitive rétablirait le fonctionnement normal de l'organisme et supprimerait les malaises et les souffrances résultant de la privation de la morphine.

Ceux de nos lecteurs qui nous ont suivi attentivement dans le cours de nos études sur les alcaloïdes se souviennent des importantes communications de MM. Ball et Jennings sur ce même sujet et de leur conclusion tendant à *remplacer la morphine par la spartéine* dont l'action sur le cœur du morphinomane produit le même résultat que l'injection d'une nouvelle dose de poison, c'est-à-dire le retour au fonctionnement normal du cœur et de tout l'organisme à sa suite.

La *spartéine* en effet a pour résultat : 1° d'augmenter l'énergie contractile du cœur ; 2° de régulariser le rythme cardiaque troublé ; 3° d'agir avec une grande rapidité (dès la première demi-heure) ;

4° de continuer d'agir encore quatre à six jours après qu'on l'a cessé ; 5° de ne procurer aucun phénomène d'accumulation ; 6° d'agir mieux à dose fractionnée, qu'à dose massive ; 7° enfin, de n'avoir pas de contre-indication.

La simple énumération de ces propriétés de la spartéine explique son utilité chez les morphinomanes.

Elle leur *donne du cœur* suivant leur expression. Et cette expression est rigoureusement exacte au point de vue de l'action physiologique de ce médicament.

Elle relève, en effet, leur cœur, le régularise et la rapidité avec laquelle elle agit fait qu'on n'a pas à redouter avec elle de voir survenir les syncopes parfois inquiétantes qui suivent la suppression de la morphine et qui ne se produisent jamais avec la spartéine. La continuité de son action fait que par son emploi (surtout si l'attention du morphinomane est occupée) il ne tarde pas à moins penser à ses piqûres, à moins s'en préoccuper, à en moins fréquemment éprouver le besoin.

Le traitement de la morphinomanie par les *injections de sulfate de spartéine* consiste, d'après MM. Ball et Jennings : 1° à le mettre dans une maison de santé ; 2° à supprimer plus ou moins complètement l'usage de la morphine ; 3° à relever l'action du cœur au moment opportun par une injection de morphine, s'il survenait un collapsus inquiétant.

Notre méthode, tout en étant basée essentiellement sur les règles établies par ces auteurs, en diffère dans les détails.

D'abord nous ne supprimons pas brusquement la morphine, mais nous lui associons le sulfate de spartéine réduisant la morphine à mesure qu'on augmente la spartéine jusqu'à la suppression complète de la morphine ; ensuite nous diminuons progressivement la dose de spartéine ; puis quand la guérison est presque obtenue, mais seulement alors, nous supprimons totalement la seringue ; car l'action suggestive de l'habitude de la piqûre joue un rôle important dans cette maladie. A ce moment, nous faisons continuer la spartéine par la bouche, quelques pratiques d'hydrothérapie et un peu de chloral bromuré, s'il y a de l'insomnie. Rarement nous avons besoin de recourir à la nitro-glycérine sous forme de quelques gouttes déposées sur la langue et rarement aussi nous avons besoin de recourir à la pyridine pour calmer les suffocations et l'angoisse dont se plaignent certains malades.

Nous avons indiqué, dans un précédent travail, les diverses phases de ce traitement qui, au surplus, reste subordonné aux conditions dans lesquelles se trouve le malade, mais qui pour réussir doit toujours dans sa ligne générale se rapporter à ces diverses phases, quelles que soient les *variations* que l'on soit forcé de jouer sur cet air principal.

Pour un certain nombre de malades, il n'est d'espoir de guérison qu'avec la séquestration, mais tous n'en sont pas à ce point, et il s'en trouve encore un grand nombre que l'on peut avoir des chances sérieuses de guérir, sans rien changer à leurs habitudes, en transformant seulement petit à petit la composition de leur solution.

(*Revue th. des alcaloïdes.*)

* * *

42. — Conduite à tenir dans certaines circonstances ressortissant à la petite gynécologie, par le docteur Th. PARKER. (*Medical Age*, 1891, n° 4.) — M. Parker insiste d'abord sur la nécessité de faire faire les injections vaginales, non point dans le décubitus dorsal, mais dans la position assise, sur le bidet. Il s'élève contre l'emploi des canules dures ; on ne doit tolérer que l'emploi des seules canules flexibles, en caoutchouc, munies exclusivement d'orifices latéraux. Le liquide servant aux injections devra être à la température de 35° à 45° ; l'irrigation devra durer 10 minutes au moins. On doit proscrire l'emploi des solutions fortement astringentes ; à leur place, on prescrira des suppositoires à la glycérine boriquée. M. Parker en fait confectionner de trois dimensions différentes ; les deux modèles les plus gros sont employés comme suppositoires vaginaux, le modèle le plus petit comme suppositoire rectal, dans les cas d'hémorroïdes, de prurit anal. D'ailleurs, M. Parker estime que d'une façon générale on abuse des injections.

A la place des pessaires fabriqués avec des matières solides, M. Parker emploie des pessaires en celluloïd ou en jute goudronnée, qui ont à la fois l'avantage d'être moins irritants et celui d'absorber les sécrétions vaginales et de désinfecter le vagin.

L'auteur s'élève aussi contre l'abus des traitements locaux et opératoires, en gynécologie, à la place desquels on emploie souvent avec avantage le traitement diététique et médicamenteux (*viburnum prunifolium*, *hydrastis canadensis*, *piscidia erythrina*, etc.).

* *

43. — L'ichthyol et le lysol dans la pratique gynécologique et obstétricale, par le docteur A. PÉE. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 44, p. 1219.). — M. Pée expose les résultats obtenus avec l'ichthyol et le lysol, dans le service du professeur Martin, de Berlin.

Il ressort de cet exposé que si l'ichthyol a toujours été très bien supporté *intus et extra*, il n'a produit, par contre, que des effets palliatifs ; son efficacité s'est manifestée exclusivement contre l'élément douleur. L'affection qui entretenait ces douleurs n'était pas influencée par le traitement. On a même cru remarquer que les applications d'ichthyol sur les organes génitaux internes favorisaient les hémorragies utérines.

M. Pée émet un jugement beaucoup plus favorable sur ce qui concerne l'emploi du lysol comme antiseptique dans la pratique des accouchements (accouchements à termes et avortements). Le lysol réalise jusqu'ici mieux que les autres substances similaires les conditions exigibles d'un antiseptique idéal : Il est soluble dans l'eau en toutes proportions, sa toxicité est relativement très faible, tandis que son pouvoir bactéricide est très prononcé ; il égale celui de l'acide phénique, quand on opère sur l'un des principaux microcoques pathogènes de l'infection puerpérale, sur le streptocoque. Enfin le lysol est d'un prix relativement bas.

Pour toutes ces raisons, M. Pée estime que le lysol est appelé à obtenir la préférence sur les autres antiseptiques, lorsqu'il s'agit de confier le maniement des antiseptiques aux sages-femmes et au public non médical.

* *

44. — L'ichthyol en gynécologie, par le docteur J. ESCHER. (*Gynaekolog. obstetr. Meddel*, t. VIII, fasc. 3 et 4, p. 281.). — Les résultats obtenus par Escher, de l'emploi de l'ichthyol en gynécologie, concordent assez bien avec ceux annoncés par Freund, par Reitmann et Schoenauer, et dont il a été rendu compte dans ce recueil (1890, n° 26, p. 324, et n° 40, p. 493). La médication n'a été expérimentée que dans des cas d'affections inflammatoires chroniques des organes pelviens. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans des cas d'oophorite et de péri-oophorite, puis dans des cas bé-

nins de paramérite ; les moins bons ont été obtenus dans des cas de salpingite. Détail à relever : dans deux cas, le traitement par l'ichthyol a entraîné l'apparition d'un érythème généralisé. Il semble, affirme l'auteur, que ces érythèmes ne se développent que sous l'influence des combinaisons sodiques de l'ichthyol.



45. — Conduite à tenir pendant l'accouchement par le siège. — 1° Le siège est complet ;

2° Le siège est décomplet (mode des fesses).

1° S'il n'y a pas d'indication urgente à terminer rapidement l'accouchement, ne pas intervenir et abandonner l'expulsion du siège aux seules forces de la nature, en résistant au *prurigo terahndi*. N'intervenir que pour extraire la tête (Manœuvre de Mauriceau).

1° S'agit-il d'une présentation du siège, mode des fesses ? Il faut distinguer suivant que : le siège est au détroit supérieur ; plus ou moins profondément engagé dans l'excavation ou au détroit inférieur ; à la vulve.

a. *Le siège est au détroit supérieur.* — Si le travail est au début, la poche des eaux intacte, la dilatation peu avancée, essayer la version par manœuvres externes ; en cas d'échec, attendre que la dilatation soit suffisante pour permettre l'introduction de la main : alors, rompre la poche des eaux et pratiquer l'abaissement prophylactique d'un pied (Ahlfeld, Spiegelberg, Pinard).

b. *Le siège est plus ou moins profondément engagé dans l'excavation.* — Si l'engagement est à peine commencé, si le siège n'est pas enclavé, tenter encore l'abaissement du pied antérieur par la manœuvre de Pinard : glisser l'index et le médus de la main introduite dans les parties génitales, jusqu'à ce que leur pulpe arrive au creux poplité ; puis, appuyer sur les tendons des muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, ce qui détermine la chute de la jambe et la mise en contact du pied avec les doigts de l'opérateur. — Si l'engagement est bien effectué, temporiser tant que rien ne sollicite la terminaison prompte de l'accouchement. Dans le cas contraire, essayer les tentatives manuelles : introduction des doigts dans les aines du fœtus ; celles-ci, ayant échoué, ce qui est fréquent pour peu que le siège soit encore élevé, recourir aux lacs, si l'on a affaire à une variété antérieure, au forceps, si l'on a affaire à une variété postérieure

(Ollivier), et au besoin user simultanément de ces deux derniers moyens (Tarnier).

c. *Le siège est dans le bassin mou.* — Accrocher avec l'index l'aîne antérieure du fœtus, abaisser la hanche antérieure au maximum et l'immobiliser sous l'arcade pubienne, puis aller chercher, engager et dégager la hanche postérieure.

D^r P. PUECH.

(*Nouveau Montpellier médical.*)

46. — Accidents causés par les injections de sublimé chez les femmes en couches. — Dans une thèse récente, M. Sébillotte a étudié les conditions qui favorisent l'absorption du sublimé chez les femmes en couches, sur lesquelles on pratique des injections de sublimé. En général, il n'y a pas d'absorption, lorsqu'on fait dans le vagin des irrigations d'une durée de dix minutes chez des femmes dont la muqueuse vaginale et celle du col utérin sont saines. Les accidents graves ou mortels qui ont été observés se sont produits principalement après des injections utérines. Avec ces injections, il y a toujours absorption ; mais, dans les cas ordinaires, cette absorption est insuffisante pour produire des accidents graves. Les injections intra-utérines sont contre-indiquées dans les cas suivants : mauvais état général, non-intégrité des reins, lésions vaginales ou utérines, rétention du placenta, avortement.

Les injections doivent être faites de préférence avec la liqueur de Van Swieten, plus ou moins affaiblie, de préférence aux solutions de sublimé acidifiées par l'acide tartrique ; il est probable que l'alcool de la liqueur de Van Swieten modère l'absorption en exerçant sur les tissus une action astringente.

Enfin, il peut arriver qu'une partie du liquide injecté séjourne dans certaines parties du vagin ; il faut s'assurer, par tous les moyens possibles, et, en particulier, par des lavages inoffensifs, que la solution mercurielle n'a pas été retenue.

47. — Les applications de sangsues dans certaines maladies des enfants. — M. Lee est d'avis que la défaveur qui est attachée à l'emploi des applications de sangsues est regrettable. Ce

remède produit souvent des effets tout à fait remarquables dans le traitement de certaines maladies du jeune âge, ainsi dans la pneumonie des enfants, et principalement dans les cas de splénisation aiguë des poumons, survenue sous l'influence du refroidissement. Voici comment M. Lee procède en pareil cas :

Il applique 3 ou 4 sangsues, suivant l'âge du petit malade, sur la région antérieure de l'un des côtés du thorax ; une fois les sangsues tombées, on favorise l'écoulement de sang au moyen de cataplasmes ou de fomentations chaudes. Cette émission sanguine produit généralement des effets débilissants qu'on combat en faisant absorber à l'enfant du beef-tea et du vin généreux. Puis, quand le moment est venu d'enlever les cataplasmes, on enveloppe la poitrine de l'enfant dans la ouate, et on laisse la petite hémorrhagie s'arrêter spontanément.

Dans des cas de croup, M. Lee a également obtenu d'excellents résultats de l'emploi des sangsues. De même encore dans des cas d'insuffisance mitrale et de lésion organique congénitale du cœur, donnant lieu à des troubles graves de la circulation et de la respiration. En pareils cas, les sangsues devront être appliquées sur la région précordiale.

(*The medical Presse et Prat. méd.*)

FORMULAIRE

Les pansements à l'aristol dans le traitement palliatif de l'épithélioma du col utérin. (JULES CHÉRON).

L'aristol ou bi-iodure de dithymol est un produit récemment introduit dans la thérapeutique par Eichhoff ; il se présente sous la forme d'une poudre brun rougeâtre, amorphe, un peu âpre au toucher, fortement adhérente au doigt, d'une odeur faible et non désagréable, insoluble dans l'eau, l'alcool et la glycérine, très soluble dans l'éther, soluble dans les huiles grasses, l'huile d'olive, la paraffine liquide, la vaseline.

C'est un composé très stable qu'on a surtout préconisé comme succédané de l'iodoforme dans les maladies de la peau, dans les otites suppurées, dans les rhinites, dans les kératites ulcéreuses, etc. Swiecieki dit en avoir obtenu de bons effets dans l'endométrite et dans les ulcérations du col en l'employant sous forme de poudre, de suppositoires ou de crayons.

M. Brocq l'ayant employé avec succès dans un cas d'épithélioma superficiel ulcéré de la face, j'ai eu l'idée de l'appliquer dans les épithéliomas inopérables du col utérin.

Voici comment je l'ai employé :

Après avoir fait une injection vaginale avec une solution très étendue de perchlorure de fer (20 gr. de solution normale par litre d'eau), je mets le col à nu avec le spéculum. Je nettoie avec le plus grand soin le fond du vagin et le col et je tamponne un moment les parties saignantes avec de l'ouate hydrophile phéniquée. Lorsque l'écoulement sanguin a complètement cessé, je projette sur toute la surface libre du col et dans les culs-de-sac du vagin une certaine quantité de poudre d'aristol, enfin j'applique un tampon de gaze iodoformée que je laisse à demeure jusqu'au lendemain matin.

Ce mode de traitement m'a donné des résultats relativement satisfaisants. Les pertes séro-sanguinolentes diminuent d'abondance et leur fétidité si pénible est atténuée d'une façon très appréciable. Les surfaces exulcérées semblent se raffermir et fournissent une sécrétion beaucoup plus faible et surtout moins fétide. Quant aux parties qui sont le siège d'ulcérations anfractueuses, il faut les nettoyer avec la curette avant d'appliquer la poudre d'aristol.

Je dois dire que je n'ai pas vu jusqu'ici de cicatrisation des ulcérations épithéliomateuses, sous l'influence des pansements à l'aristol ; malgré cela, associés aux injections de perchlorure de fer qui contribuent à restreindre les hémorrhagies et à l'administration à l'intérieur de la teinture de thuya occidentalis qui réveille l'appétit et augmente les forces, ils représentent un des meilleurs modes de traitement palliatif que j'aie employé jusqu'à ce jour.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — CORPS ÉTRANGERS DE L'ABDOMEN.

II. — PROVOCATION DE L'AVORTEMENT DANS LE CAS D'AFFECTION GRAVE DU CŒUR.

I. — L'histoire des corps étrangers de l'abdomen vient de s'enrichir de documents intéressants apportés tout récemment à la Société de chirurgie (séances du 23 et du 30 mars 1892).

M. Pilate (d'Orléans) a présenté à cette Société une compresse de gaze pliée en quatre, mesurant 26 centimètres de long et sortie spontanément par le rectum, huit mois après avoir été laissée dans l'abdomen au cours d'une laparotomie pour fibro-myome utérin. La malade, opérée au mois d'avril, eut des suites opératoires normales ; elle commença à souffrir au mois d'août, les accidents devinrent intenses au mois de novembre et enfin l'expulsion spontanée du corps étranger, par le rectum, eut lieu le 4 décembre et, à partir de ce moment, les accidents disparurent. M. Pilate fait remarquer l'état d'asepsie de la compresse qui a pu séjourner sept mois dans le ventre sans provoquer d'accidents ; il ne nous explique pas comment elle a pu s'éliminer spontanément par le rectum.

Revue des Maladies des Femmes. — AVRIL 1892.

La malade qui fait le sujet de cette observation très curieuse peut chanter les louanges de l'antisepsie qui lui a évité une péritonite mortelle... ce qui se comprend moins facilement, c'est qu'elle ait supporté, sans de plus graves accidents, une perforation de l'intestin susceptible de laisser passer la compresse présentée par M. Pilate.

Les choses ne se passent pas toujours aussi bien, ainsi que le démontrent les faits suivants :

M. Quénu a laissé aussi une compresse dans le ventre d'une malade opérée, au commencement de 1891, pour une pyo-salpingite. Cette femme avait en même temps une affection mitrale, de la bronchite et de l'emphysème ; à peine le ventre était-il ouvert qu'elle fut prise de syncope respiratoire. M. Quénu mit une compresse sur les intestins et s'occupa de la respiration artificielle. Dans ces mouvements la compresse fut entraînée et disparut dans le ventre ; lorsqu'on compta les compresses, on donna un chiffre faux à l'opérateur ; au 3^e jour, la malade fut prise de fréquence du pouls, de dyspnée et succomba le 4^e jour. A l'autopsie on trouva une compresse roulée autour de l'intestin et tout à fait remontée dans l'abdomen.

M. Terrier, dans une laparotomie, eut le malheur d'oublier une éponge ; la malade fut prise d'accidents de péritonite et mourut le 3^e jour. Il rapporte un fait observé par un autre chirurgien, où une pince aseptique est restée huit mois dans le ventre et a été ensuite éliminée par la région ombilicale.

Enfin M. Michaud a eu l'occasion, le 25 mars dernier, de retirer de l'intestin d'une jeune fille entrée dans le service de M. Labbé, à l'hôpital Beaujon, une mèche de gaze iodoformée, de quatre doubles de gaze et mesurant 35 centimètres de long. Cette jeune fille avait subi, dans un autre hôpital, au mois de septembre dernier, une laparotomie pour salpingite blennorrhagique ; un mois après, comme elle souffrait beau-

coup, on lui fit l'hystérectomie vaginale. Quatre semaines après les souffrances reparaissent et la malade entre à l'hôpital Beaujon. M. Michaud, après examen, pense qu'il existe, près de la ligne médiane, au-dessus et un peu à gauche du petit bassin, une tumeur formée par des adhérences intestinales et pratique la laparatomie. Au cours des manœuvres de dégagement des anses intestinales, l'intestin est ouvert et on aperçoit quelques fibres d'une mèche iodoformée qui est extraite par cette ouverture intestinale. La lésion est si considérable que M. Michaud fait sur-le-champ la résection de 10 à 12 centimètres de l'intestin et l'entérorrhaphie circulaire ; il faut en outre suturer deux anses ouvertes à leur sommet. La malade n'a pas eu de fièvre, mais il s'est produit une petite fistule stercorale ; son état restant excellent, on espère qu'elle guérira complètement.

Il existe sans doute d'autres faits plus ou moins analogues aux précédents. Nous en connaissons deux où l'oubli fut réparé plus rapidement ; comme ils n'ont pas encore été publiés, nous allons les rapporter en quelques mots.

Le premier cas est celui d'une malade laparotomisée pour lésion des annexes. L'opération terminée et la malade réveillée, portée dans son lit, le chirurgien s'aperçut, en rangeant ses instruments, qu'une pince manquait et devait être restée dans l'abdomen. La malade fut immédiatement chloroformée, on rouvrit le ventre et on trouva facilement la pince. Il n'y eut pas d'accidents consécutifs.

Dans le second cas, l'opérateur était déjà rentré chez lui et l'opération était terminée depuis plusieurs heures lorsque l'aide chargé des éponges vint prévenir qu'il manquait une des sponges qui avaient servi pendant la laparotomie. Le chirurgien s'empressa de retourner auprès de l'opérée, de rouvrir l'incision abdominale et il trouva l'éponge oubliée dans l'abdomen. La malade guérit du reste sans incidents.

II. — La Société d'obstétrique de Paris vient de discuter (séance de février 1892) la question de l'indication de la provocation de l'avortement dans le cas d'affection cardiaque grave. On s'accorde à reconnaître que la grossesse peut aggraver de la façon la plus fâcheuse une affection du cœur préexistante et la plupart des médecins ont pris comme règle constante de déconseiller le mariage aux jeunes filles chez lesquelles on constate une maladie organique du cœur. Néanmoins il arrive souvent qu'une jeune fille se marie et qu'elle devienne enceinte, quelle conduite doit alors tenir l'accoucheur qui est consulté ?

D'après MM. Guéniot, Pajot et Lucas-Championnière, qui ont apporté plusieurs observations à l'appui de leur dire, il faudrait ne pas s'effrayer outre mesure, la grossesse et l'accouchement pouvant être supportés sans de trop graves accidents et la lésion cardiaque n'étant pas destinée à s'aggraver d'une façon fatale.

M. Porak fait une distinction utile à connaître. Pour lui, ce qui domine le pronostic, c'est l'état du myocarde. Tant vaut le muscle cardiaque, tant vaut la santé de la parturiente, la bonne marche de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Si le myocarde est peu touché, le nombre des femmes qui accouchent prématurément ou souvent à terme avec ou sans hémorrhagie, sans accidents même, et qui ont des souffles organiques du cœur est beaucoup plus considérable qu'on ne pense. Il y a donc lieu de distinguer lésion et maladie du cœur.

Quoi qu'il en soit, on se trouve quelquefois en présence d'accidents graves, comme dans le cas rapporté par M. Doléris. Il s'agissait d'une femme de 25 ans, atteinte d'insuffisance aortique et de dilatation de l'aorte qui eut ses dernières règles du 4 au 9 novembre. Depuis le commencement du mois de décembre, la malade avait des nausées de plus en plus pénibles, avec efforts violents pour vomir, mais les vomissements

étaient rares, accompagnés de vertiges et de défaillances. Inappétence complète. La malade ne supportait que le lait, le bouillon et le vin. Amaigrissement rapide, faiblesse très grande. Palpitations pénibles avec douleurs précordiales. Insomnie. La matité du cœur s'est augmentée et le choc de la pointe est reporté un peu plus en dessous et à gauche. A la fin de décembre l'état syncopal et les vomissements sont pour ainsi dire continuels, ainsi que les vertiges. Insomnie absolue. Alimentation impossible. Faiblesse extrême. C'est dans ces conditions que M. Doléris se décide à provoquer l'avortement.

Le 4 et le 5 janvier on place deux tiges de laminaire et le 6 on pratique le curettage qui permet d'extraire l'embryon en deux tronçons ; raclage soigneux de la paroi utérine par le détachement de la caduque vraie. Injection intra-utérine. Tamponnement du vagin.

Suites excellentes : réveil immédiat de l'appétit, retour rapide des forces. Règles 3 semaines après le curettage.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est d'abord le retour à la santé par la provocation de l'avortement alors que l'état de la malade était réellement inquiétant. En présence d'une situation aussi sérieuse, l'hésitation n'était guère possible. Tout au plus aurait-on pu essayer la [dilatation du col (méthode de Copmann) avant de pratiquer l'avortement ; peut-être les vomissements se seraient-ils arrêtés comme dans un cas publié, l'année dernière, dans ce journal (1) et la grossesse aurait-elle pu continuer son cours sans accidents. Quant au procédé opératoire employé par M. Doléris, il est évidemment très ingénieux dans le cas actuel et il mérite d'être expérimenté en pareille circonstance.

(1) CULAN : De la dilatation du col de l'utérus comme mode de traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. *Revue méd. chir. des maladies des femmes*, octobre 1899, p. 594.

APPLICATIONS DE LA GALVANO-CAUSTIE THERMIQUE

à la gynécologie,

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(Suite.)

La troisième partie est la plus importante ; elle comprend les applications thérapeutiques de la galvano-caustie thermique à la gynécologie. On y trouve discuté avec soin les différents procédés du traitement médical ou chirurgical, les conditions qui nécessitent une intervention et les raisons pour lesquelles je donne la préférence, dans certains cas, au galvano-cautère sur le bistouri, le thermo-cautère actuel ou tout autre moyen d'exérèse. J'ai pris soin, du reste, de mettre autant que possible la preuve de mes assertions après chacune d'elles et de donner, pour chaque genre d'opération, la relation de l'un ou de quelques-uns des nombreux cas où je l'ai pratiquée, soit dans ma clientèle, soit à l'hôpital. J'aurais pu multiplier considérablement le nombre des observations, mais j'ai pensé qu'il n'y aurait pas grand intérêt à agir de la sorte, que quelques exemples typiques, rapportés avec tous les détails nécessaires, seraient suffisants pour justifier mon choix et démontrer la supériorité de la galvano-caustie thermique.

Les maladies de la vulve auxquelles ce procédé d'exérèse est applicable sont les papillomes ou végétations, l'hypertrophie des grandes et des petites lèvres, l'esthiomène, les kystes de la glande de Bartholin, les fistules vulvo-rectales, les cicatrices douloureuses de l'hymen.

La plupart des affections utérines sont susceptibles de réclamer, à un moment ou à l'autre de leur évolution, l'emploi de la galvano-caustie thermique. A propos des tumeurs malignes de la matrice, j'ai dû rechercher les résultats de l'hystérectomie abdominale ou vaginale, et passer en revue tous les procédés d'amputation partielle de cet organe. Les

polypes muqueux ou fibreux devaient naturellement nous occuper dans ce traité, puisqu'ils représentent une des applications classiques de l'anse galvanique. Je passe ensuite en revue l'hypertrophie « sus et sous-vaginale » du col, l'atrésie et la sténose du col, les déchirures et l'ectropion cicatriciel douloureux de Roser : plusieurs observations démontrent quel retentissement sur la santé générale, quels troubles de fonctionnement des organes éloignés, cette dernière lésion peut entraîner au bout de peu de temps et combien la guérison des troubles réflexes est rapide lorsqu'on sait intervenir par des moyens appropriés. Sous le nom d'évolution morbide du canal cervical, j'aborde l'étude des lésions et du traitement de l'endométrite cervicale, des valvules, des ectropions par renversement ou par prolapsus, enfin des ulcérations du col ; avec l'endométrite totale et les fongosités utérines je décris le raclage galvano-caustique dont les résultats sont réellement très encourageants. Enfin, la sub-involution, la métrite chronique et les déviations utérines me permettent de montrer les avantages de l'ignipuncture et de la galvano-puncture profondes suivant un procédé que j'ai imaginé il y a une dizaine d'années et dont les bons résultats avaient été notés déjà par deux de mes élèves, M. Gonzales et M. Batuaud.

J'aurais pu restreindre mon sujet aux questions dont je viens de parler ; néanmoins, j'ai cru faire œuvre plus utile en ne m'enfermant pas dans un cadre si étroit. Tout le monde sait que, quand l'utérus est malade, la vessie et le rectum ne tardent pas à prendre part à cette altération morbide ; d'autre part, les affections du rectum peuvent à leur tour retentir d'une façon fâcheuse sur les affections préexistantes de l'utérus. Il en est de même des lésions de l'urèthre chez la femme pour lesquelles les gynécologues sont souvent consultés et qu'il est assez difficile de séparer logiquement et pratiquement des maladies de la vulve. La coïncidence d'une affection rectale, anale ou uréthrale avec des troubles utérins est du reste trop fréquente pour qu'il n'y ait pas nécessité de discuter quelle doit être la conduite du médecin en pareil cas, de quelle façon il doit intervenir, quel est l'organe dont la guérison doit être tentée tout d'abord, etc., etc. C'est pourquoi les traités récents de gynécologie, comme celui de Hart

et Barbour, consacrent un appendice aux maladies du rectum et de l'anus, de même qu'à celles de la vessie et de l'urèthre. C'est pourquoi aussi j'ai été amené à parler des applications de la galvano-caustie thermique au traitement des hémorroïdes « internes et externes », des abcès et des fistules de la région anale, des polypes du rectum et des condylo-mes, et parmi les maladies de l'urèthre chez la femme, de l'uréthrocèle vaginale et des calculs de l'urèthre, enfin des tumeurs hypertrophiques, papillaires, folliculeuses et vasculaires classées improprement autrefois sous les dénominations de polypes tolérants et intolérants de l'urèthre.

Loin de moi la pensée de faire un traité de chirurgie spéciale exclusif ; ce n'est point un traité de pyrotechnie médicale que je présente au public. Je souhaite que le lecteur apprécie dans toute sa simplicité le but que j'ai poursuivi dans cet ouvrage : démontrer qu'un moyen très délaissé est destiné à rendre les plus grands services, surtout en gynécologie, non pas à l'exclusion de tous les autres, mais seulement au premier rang. Si la chose est ainsi comprise, cela me sera la meilleure récompense des efforts que j'ai faits pendant plusieurs années, pour parfaire la question de la galvano-caustie thermique au point de vue des accumulateurs et des instruments qu'ils peuvent alimenter et de ses applications à la gynécologie.

PREMIÈRE PARTIE

LES APPAREILS DE GALVANOCAUSTIE THERMIQUE

HISTORIQUE

Vingt ans s'étaient écoulés depuis la découverte des phénomènes calorifiques du courant de la pile, lorsque Récamier et Pravaz eurent l'idée d'utiliser en chirurgie cette chaleur d'origine électrique et tentèrent, en 1821, la destruction du cancer utérin à l'aide du galvanocautère.

Cette tentative fit peu de bruit et, à part quelques essais sans importance, ce ne fut véritablement qu'en 1845, que fut pratiquée, avec la galvano-caustie thermique, la première opéra-

tion connue du monde savant, par Heider, de Vienne. Il se servit pour cela d'un couple de Grove de grandes dimensions.

L'année suivante, un chirurgien russe, Crussel, reprit la question. Il fit usage d'éléments Daniell à large surface.

Jusqu'en 1854, la galvanocaustie thermique resta, pour ainsi dire, dans la période des essais.

A cette époque Middeldorpf publia son grand travail sur ce nouveau procédé chirurgical. Ce traité fit connaître, en les résumant, toutes les expériences entreprises jusqu'alors, et permit aux chirurgiens d'appliquer ce moyen avec plus de sécurité et de commodité. On peut dire que c'est de l'apparition de cet ouvrage que date l'introduction sérieuse de la galvanocaustie thermique dans la pratique chirurgicale.

Depuis cette époque, cette méthode a pris, chaque jour, une extension plus grande, grâce aux perfectionnements nombreux que les praticiens et les constructeurs ont apporté aux instruments galvanocaustiques, perfectionnements qui ont rendu facile et pratique tout à la fois, l'emploi de ce précieux moyen chirurgical.

Il faut remarquer que la vogue, naguère si florissante de la galvanocaustie thermique semble avoir reçu une certaine atteinte depuis la création du thermo-cautère. Le temps et l'expérience décideront de l'importance de cette atteinte.

Le thermo-cautère est un instrument fort ingénieux et très commode, susceptible de remplacer le cautère actuel et d'étendre son action, mais il ne saurait être mis en comparaison avec le galvanocautère, qui jouit de propriétés toutes spéciales, propriétés inhérentes à sa source calorifique et à la nature de l'ustion qu'il produit. En outre, le galvanocautère peut être mis en place à froid et n'être porté au rouge que lorsqu'il est en contact avec l'organe qu'il doit atteindre.

Remarquons aussi que l'exiguïté des cautères galvaniques peut être poussée très loin, et que les effets du rayonnement sont par suite réduits au minimum. De plus, le cautère galvanique peut prendre la forme d'une anse simple ou double, et lui seul a des semblables propriétés. Enfin, avec la galvanocaustie, on peut obtenir une température plus élevée qu'avec aucun autre moyen.

Il n'est pas jusqu'aux caractères de l'eschare faite par le

galvano-cautère qui ne différencient ce dernier du thermocautère ou du cautère actuel.

En effet, d'après les expériences de M. Boeckel, que nous avons souvent répétées, l'eschare du galvano-cautère est mince, dure, s'éliminant lentement, avec une zone inflammatoire presque nulle, pouvant même être cachée dans les cavités closes sans produire le moindre accident.

Pour pratiquer des opérations sur l'utérus, telles que l'ignipuncture, l'amputation du col, l'exérèse du cancer, le curettage de la cavité utérine, l'ablation des polypes fibreux, etc., l'emploi du galvanocautère est incomparable, tant au point de vue de la facilité opératoire que des résultats. Il y a donc lieu de ne pas abandonner un moyen aussi précieux, comme l'ont d'ailleurs compris quelques rares chirurgiens.

* * *

Lorsqu'on fait circuler le courant d'une pile de grande intensité à travers un fil fin de platine ou de fer, on voit ce dernier s'échauffer et rougir. Si la puissance du courant est suffisante, ces fils sont même fondus. On observe en outre, dans ce dernier cas, qu'on évite la fusion des fils en leur donnant plus de longueur ou en augmentant seulement leur diamètre.

Pour expliquer ces phénomènes, il importe de rappeler ici, en peu de mots, quelques principes de physique énoncés par Ohm, Faraday et Joule, principes qui servent de base à la galvanocaustie thermique. — La loi de Ohm, découverte par le physicien suédois en 1827, s'énonce ainsi : *l'intensité d'un courant est proportionnelle à la force électro-motrice* (1),

(1) On appelle force électro-motrice la cause qui produit le courant électrique. Pour une même espèce d'éléments elle est indépendante des dimensions de l'élément.

Dans un autre ordre de phénomènes physiques en hydrostatique par exemple, la force électro-motrice a pour synonyme, pression ou hauteur de chute. L'action chimique est, dans les piles, la source de la force électro-motrice, et l'expérience a prouvé qu'il y a proportionnalité entre l'intensité des actions chimiques, évaluées en calories, et la force électro-motrice. En d'autres termes, la force électro-motrice mesure l'action chimique : à une action chimique intense correspond une force électro-motrice élevée. Voici, par exemple, pour les piles de Volta et de Daniell, les résultats donnés par Fabre et Sibermann.

Dans la pile de Volta, dont la force électro-motrice est de 0 volt 85, l'action chimique comprend, pour un équivalent de zinc dissous, la sulfatation du zinc qui représente 52,258 calories et la décomposition de l'eau représentant 34,462 calories. La seconde action est inverse de la première, il reste donc disponible 18,796 calories.

et inversement proportionnelle à la résistance (1) du circuit.

Faraday a établi les relations qui existent entre la quantité de chaleur produite et l'action chimique et entre celle-ci et l'intensité du courant. Il a résumé ses recherches dans plusieurs lois, dont une seule nous intéresse dans le cas actuel. *Les quantités d'électrolytes décomposés dans un temps donné sont proportionnelles aux intensités des courants qui les traversent.*

Enfin les travaux de Joule ont mis en évidence l'origine chimique de la chaleur dégagée par la pile, en démontrant que *la chaleur totale développée dans le circuit est toujours égale pour une même quantité de zinc employé.*

Cette loi s'énonce encore :

Dans la pile de Daniell, dont la force électro-motrice est de 1 volt 08, l'action chimique comprend, dans les mêmes circonstances, 53,258 calories pour la sulfatation du zinc ; la réduction du sulfate de cuivre en absorbe 29,653 calories de disponibles.

L'unité de force électro-motrice s'appelle le volt. La valeur matérielle du volt est à peu près égale à celle de l'élément Daniell au sulfate de cuivre. Le volt correspond à un élément type, qui laisserait disponible 22,000 calories pour 1 équivalent de zinc employé.

(1) La résistance est l'effort qu'opposent les corps conducteurs au passage des courants. C'est une propriété inverse de la conductibilité. Les métaux présentent des résistances variables. En prenant la résistance du plus conducteur comme terme de comparaison, on obtient pour les autres des nombres qui représentent leur « résistance spécifique ».

L'unité pratique de résistance porte le nom d'ohm ; sa valeur légale est représentée par une colonne de mercure de 1 millimètre carré de section et de 1 m 06 de longueur à la température de zéro degré.

Approximativement, l'ohm est égal à la résistance d'un fil de cuivre de 50 mètres de longueur et d'un millimètre de diamètre ou à celle d'un fil de fer de 4 m/m de diamètre et de 100 mètres de longueur. La loi qui régit la résistance est la suivante :

La résistance d'un conducteur est proportionnelle à sa longueur, en raison inverse de sa section et variable selon la nature du conducteur. Si donc on désigne par R la résistance d'un fil, L sa longueur, S sa section et K un coefficient de résistance spécifique constant pour chaque corps, on a la relation suivante :

$$R = \frac{KL}{S}$$

D'autre part, la formule qui représente l'énoncé de la loi de Ohm, en fonction de l'intensité est la suivante :

$$= \frac{E}{R}$$

En substituant à R sa valeur de première formule, on a :

$$I = \frac{ES}{KL}$$

Ce qui confirme l'énoncé de la loi.

Lorsqu'un courant traverse un conducteur, la quantité de chaleur dégagée dans le fil, dans un temps donné, est proportionnelle à la résistance du conducteur et au carré de l'intensité du courant (1).

Ces lois que je viens de rappeler brièvement et dont la démonstration et la discussion ne sauraient entrer dans le cadre de ce travail, permettent d'expliquer certains phénomènes, utiles à connaître en galvanocaustie thermique et que je vais passer en revue :

1° Quand on fait passer un courant intense successivement dans un fil de platine et dans un fil de cuivre, tous les deux de même diamètre et de même longueur, le premier rougit, mais le second ne présente aucun phénomène d'incandescence.

Si on répète l'expérience en faisant circuler le courant dans deux fils de platine de gros et de petit diamètre, mis bout à bout, le fil fin de platine seul rougit.

La loi de Joule donne l'explication de ces phénomènes ; le fil de platine, dans l'une et l'autre expérience offrant au courant une résistance plus grande, la chaleur dégagée dans ce fil croît avec cette résistance.

2° Un fil de platine étant maintenu au rouge sombre par un courant, si on le chauffe à l'aide d'une lampe à alcool, en un point quelconque, on voit les points voisins du point chauffé devenir obscurs. Inversement, si on applique en un point quelconque du fil de platine porté au rouge un morceau de glace, aussitôt les points voisins de celui-ci augmentent d'éclat.

Ce dernier fait est à considérer en galvanocaustie thermique. En effet, lorsqu'on sectionne une tumeur à l'aide de l'anse

(1) Une conséquence très importante au point de vue du sujet actuel peut se déduire de cette loi :

L'intensité du courant restant constante, la quantité de chaleur dégagée est proportionnelle à la résistance du conducteur considéré.

On démontre par la discussion qu'avec un conducteur donné, la quantité de chaleur croît si l'on augmente la force électro-motrice de la pile et si l'on diminue sa résistance. Par conséquent, avec une série d'éléments, on peut augmenter à volonté la quantité de chaleur dégagée dans le conducteur.

Mais si, et c'est le cas en galvanocaustie thermique, on a une pile donnée, la quantité maxima de chaleur que l'on peut obtenir correspond au cas où la résistance de la pile est égale à celle du conducteur.

Cette dernière considération ne doit jamais être perdue de vue par les constructeurs.

galvanique, le fil se refroidissant au contact des liquides de la tumeur, on voit les deux portions qui ne touchent pas celle-ci, augmenter d'éclat.

La loi de Ohm rend compte de ce qui se passe dans ces deux expériences.

Dans le premier cas, l'élévation de température du fil de platine au point chauffé par la lampe à alcool, a déterminé la dilatation de cette portion du fil et par suite une augmentation de résistance au passage du courant : résultat final, diminution dans l'intensité du courant et par suite cessation de l'incandescence du fil de platine.

Dans la deuxième expérience, le phénomène est inverse. La contraction due au refroidissement de la portion du fil en contact avec la glace, donne lieu à une augmentation dans l'intensité du courant, par suite de la diminution dans la résistance du circuit.

On verra par la suite, en étudiant les cautères galvaniques et les divers appareils qui les mettent en action, qu'on a dû toujours tenir compte des principes que je viens de passer rapidement en revue.

PILES A GALVANO-CAUSTIE

Piles primitives. — Avant de décrire les différentes formes de cautères galvaniques, je parlerai d'abord des appareils qui produisent le courant.

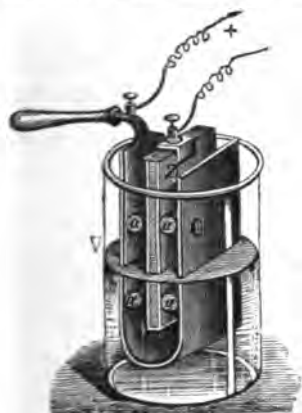


Fig. 1.



Fig. 2.

Le premier appareil employé dans ce but a été une pile. Il serait trop long de faire ici l'histoire détaillée des nombreuses modifications qu'il a subies jusqu'à nos jours. Constitué au début par les piles à grande intensité, telles qu'elles existaient dans les laboratoires (Wollaston, Bunzen, Muncke et Hare) dont les figures 1,2,3,4, rappellent suffisamment la disposition classique pour qu'il soit nécessaire de les décrire, il reçut du professeur Middeldorpf, des dispositions particulières qui en firent un instrument propre à la chirurgie galvano-thermique.

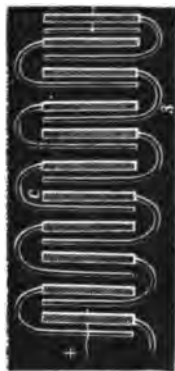


Fig. 3

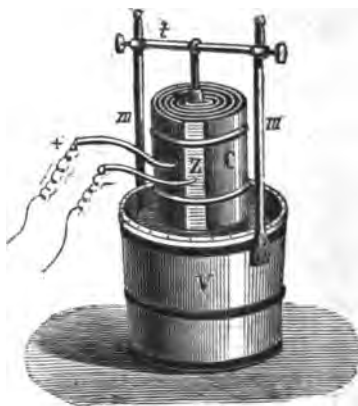


Fig. 4

Pile de Zeigmondy. — Avant Middeldorpf, le docteur Zeigmondy, se basant sur la proportionnalité de l'intensité du courant et des actions chimiques qui le produisent, imagina un élément de pile, spécialement destiné aux usages galvano-caustiques.

Cet élément (fig. 5) est à deux liquides comme la pile de Grove et de Bunzen. On y emploie l'eau acidulée par l'acide sulfurique du côté du zinc, et du côté du platine, l'acide azotique concentré. La particularité qu'il présente, c'est que le zinc qui est annulaire, présente une série d'appendices destinés à augmenter la surface d'action du liquide excitateur.

Le collecteur en platine, que renferme le vase poreux, présente la forme d'une étoile, pour les mêmes raisons que pour le zinc. Cet élément a eu peu de succès, dû surtout à la



Fig. 5.

Zeigmondy. L'appareil galvanocaustique proprement dit auquel il a attaché son nom se compose de quatre de



Fig. 6.

ces éléments réunis dans une boîte (fig. 7.) Le milieu de la boîte porte 8 cuvettes placées sur deux rangs A. et B. et remplies chacune de mercure.

Les quatre cuvettes de la rangée A communiquent séparément avec le pôle négatif de l'un des éléments. Les quatre autres cuvettes sont en relation, de la même ma-

nière, avec le pôle positif de chaque élément. Cette disposition permet de grouper instantanément les quatre éléments de trois manières différentes, selon les besoins, et selon l'intensité du courant nécessaire pour faire fonctionner les divers cautères.

On se sert pour cela de petits ponts en gros fil de fer que l'on fait plonger d'une cuvette à l'autre, dans le mercure que contiennent celles-ci.

La figure 8 donne la disposition schématique de ces trois manières de grouper les éléments.

Dans la disposition A, les éléments se trouvent associés en tension. La force électro-motrice du système est environ 8

difficulté de fabrication, à cette époque, (du zinc à prolongements, qu'il fallait d'ailleurs renouveler souvent.)

Pile de Middeldorpf.

— Middeldorpf s'en tint à la disposition plus simple que montre la figure 6, et dans laquelle il conserve la forme étoilée du collecteur de platine de

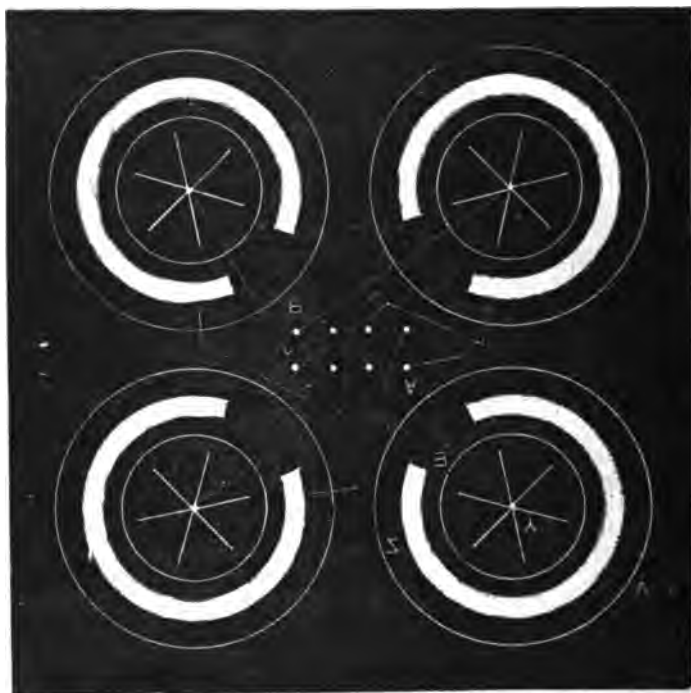


Fig. 7

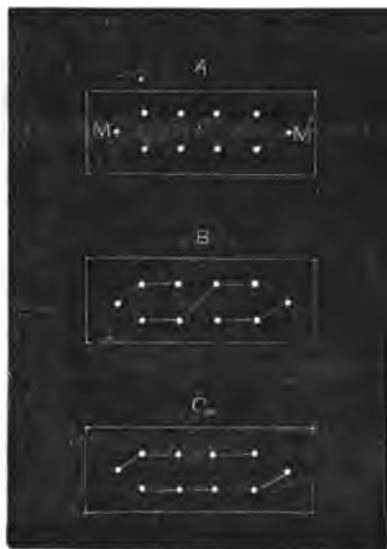


Fig. 8

volts et l'intensité du courant est sensiblement celle d'un élément considéré seul.

Dans la disposition B, les négatifs et les positifs étant réunis deux à deux, les choses se passent comme s'il n'y avait que deux éléments, ayant seulement une surface de zinc double. Dans ce cas, la force électro-motrice du courant fourni est de 4 volts et l'intensité est double de la précédente.

Enfin avec la disposition

C, tout les positifs sont réunis ensemble ; il en est de même des négatifs.

On se trouve dans le cas d'un seul élément, mais de dimension quadruple. La force-électro motrice n'est plus alors que de 2 Volts, mais l'intensité a quadruplé.



Fig. 9.

une pile (fig. 9) formée par des plaques de zinc, disposées alternativement à une petite distance les unes des autres. Les plaques de zinc sont réunies métalliquement à leur partie supérieure ; il en est de même des plaques de charbon. L'ensemble plonge dans une auge en ébonite, renfermant une solution de bichromate de potasse et d'acide sulfurique.

Une soufflerie est jointe à l'appareil et permet d'insuffler de l'air au sein du liquide. Cette disposition très heureuse, qui a pour but la dépolarisation plus complète des lames est remplacée dans la pratique par l'agitation de la pile elle-même.

Telles sont les dispositions générales des piles, genre Grenet, pour la galvanocaustie thermique.

Ces appareils ont été, de la part des constructeurs, l'objet de recherches et d'améliorations constantes, qui ont rendu de

Cet appareil a joui d'une certaine vogue en Allemagne, jusqu'au jour où Grenet, s'inspirant des idées de Poggendorff, imagina la pile à un seul liquide qui porte son nom et qui a servi de type aux nombreux appareils qui sont venus à sa suite.

Pile de Grenet. —

La pile de Grenet a été l'objet de modifications nombreuses auxquelles chaque inventeur a attaché son nom. Le principe est resté le même. C'est

grands services à la chirurgie, en rendant possible l'emploi de ce moyen chirurgical.

Parmi ces derniers, on peut citer la pile à galvanocaustie hermique de M. Trouvé (fig. 9).

Pile de Trouvé. — Dans la figure ci-dessous, on voit en

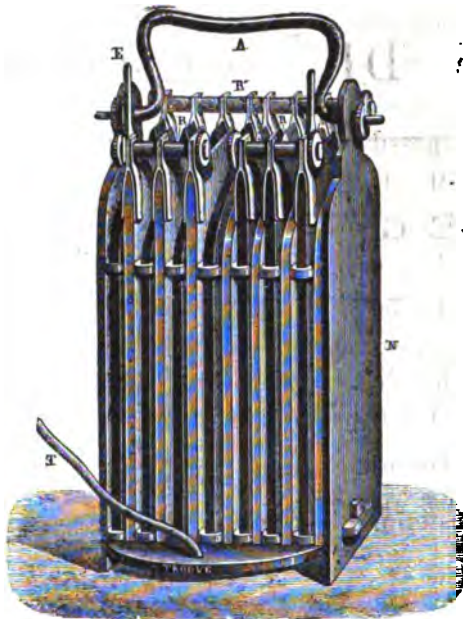


Fig. 9.

avant, à droite, trois plaques de charbon réunies ensemble: c'est le pôle positif de la pile. Les trois plaques de zinc correspondantes sont à l'arrière-plan, réunies entre elles, et à trois autres plaques de charbon; enfin les trois dernières plaques de zinc sont réunies en avant et à gauche. C'est le pôle négatif de la pile qui est donc composé de deux éléments réunis en tension.

Ces deux éléments plongent dans une même auge contenant le liquide excitateur (bichromate et acide sulfurique). Il y a bien une petite perte de courant par les liquides, mais on réalise ainsi une simplicité qui fait plus que compenser le petit défaut en question.

Un tube T permet d'insuffler de l'air qui arrive à la partie inférieure du liquide, l'agite et contribue à la dépolarisation.

La pierre d'achoppement de cette pile, comme de toutes celles de ce genre, réside dans les contacts qui doivent être enus, notamment dans celle de M. Trouvé, dans un état de propreté parfait.

Pile du Dr Chéron. — Nous avons obvié à la nécessité fréquente où l'on est de démonter les contacts et les lames pour

les nettoyer, en les soudant entre eux et recouvrant les connexions avec un mastic isolant.

La pile que j'ai fait ainsi construire, est à trois éléments plongeant dans une même auge, en ébonite. Celle-ci est conte-

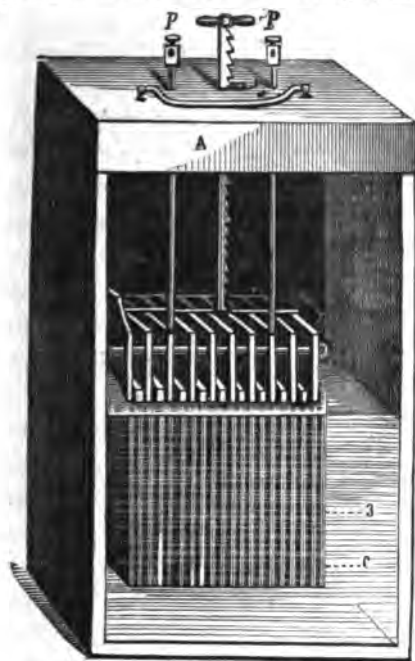


Fig. 10

nue dans une boîte dont le couvercle laisse passer les conducteurs partis des deux pôles de la pile et une tige à crémaillère, permettant l'immersion graduelle de l'instrument dans le liquide excitateur. Ainsi disposée, quoique un peu volumineuse, cette pile chirurgicale avait le mérite d'exiger peu de soins.

Néanmoins, il faut reconnaître qu'à côté des avantages que les perfectionnements successifs ont donné à ces

appareils, il existe des inconvénients qui sont devenus beaucoup plus sensibles, depuis l'apparition, récente encore, d'un nouveau genre d'appareils à galvanocaustie : je veux parler des accumulateurs.

ACCUMULATEURS ÉLECTRIQUES

Le principal cautère qu'une pile à galvanocaustie est appelée à faire fonctionner, l'anse en un mot, demande un courant d'une certaine énergie. Il faut pour cela que la pile soit formée d'au moins deux éléments, plongeant dans la même auge, à la manière de la pile de Muncke. Elle présente donc un volume et un poids qui la rendent d'un transport peu commode. A cela, il faut ajouter l'obligation où l'on est d'emporter le liquide excitateur (5 à 6 litres en moyenne), ou de

le préparer extemporanément chez le malade, ce qui est fastidieux et entraîne des pertes de temps.

Ces considérations principales m'ont fait préférer, pour la pratique de la galvanocaustie, des appareils d'un autre genre, appelés piles secondaires ou accumulateurs, au sujet desquels je vais entrer dans quelques détails.

Un voltamètre ou tout système analogue composé d'un liquide électrolyisable et de deux électrodes est apte à fournir un courant secondaire après le passage d'un courant de charge. Le voltamètre à lames de plomb et à eau acidulée, imaginé en 1860 par M. G. Planté, représente, parmi les nombreuses combinaisons susceptibles d'emmagasiner l'énergie électrique, celle qui réunit le mieux les qualités d'ensemble requises pour un accumulateur pratique. La définition d'un accumulateur est la suivante :

Un accumulateur est un voltamètre capable d'emmagasiner une grande quantité d'énergie électrique et de la restituer, assez vite et sans trop de perte, sous forme de courant secondaire.

Demeuré, pendant vingt ans, un appareil de laboratoire et une curiosité scientifique, l'accumulateur de M. G. Planté s'est vu, depuis quelque temps, l'objet de nombreuses recherches pour faire entrer cet appareil dans la voie des applications industrielles.

La pile secondaire de Planté a été introduite, il y a une dizaine d'années dans la chirurgie. Cette tentative, faite par M. Trouvé, n'a pas donné tous les résultats qu'on pouvait attendre des accumulateurs.

Accumulation voltaïque.—Avant de signaler les divers accumulateurs imaginés depuis celui de M. Planté, il me semble utile de donner quelques détails techniques sur l'accumulation, en prenant pour exemple un voltamètre à lames de plomb.

En faisant passer dans cet appareil le courant d'une pile primaire capable de décomposer l'eau, on observe qu'au bout de quelques instants, l'électrode négative qui avait primitivement la couleur grise du plomb oxydé à l'air, prend la

teinte plus claire du plomb réduit, et bientôt on voit l'hydrogène se dégager à sa surface. En même temps l'électrode positive se couvre de peroxyde de plomb, de couleur brun-rouge sombre, en fixant l'oxygène de l'eau électrolysée. Quand toute la surface de l'électrode positive est peroxydée, l'oxygène commence à se dégager à sa surface.

C'est alors que l'accumulateur a pris toute la charge qu'il peut recevoir.

Ainsi chargé, l'accumulateur fonctionne comme une pile primaire et des lois physico-chimiques relatives aux couples voltaïques lui sont par suite applicables.

Le pôle positif de l'accumulateur, est le pôle primitivement relié au pôle positif de la pile primaire; le pôle négatif, est, par conséquent, le pôle relié au pôle négatif de la même pile pendant la charge.

L'énergie électrique emmagasinée dans l'accumulateur ne s'y conserve pas indéfiniment; au bout d'un certain temps variable avec le soin apporté à la construction de l'appareil, mais qui cependant n'excède pas quelques semaines, la charge disparaît graduellement. On verra comment on obvie à cet inconvénient.

Une fois déchargé, l'accumulateur peut se recharger à nouveau et il est à remarquer qu'à chaque nouvelle charge l'action chimique gagne en profondeur dans chaque électrode.

Il en résulte un accroissement de capacité d'accumulation, accroissement progressif auquel M. Planté a donné le nom de *formation*.

La force électro-motrice d'un accumulateur bien formé varie de 1 v. 86 à 2 volts 5.

Quant à l'énergie électrique qu'il peut fournir, elle est variable (et c'est là un des grands avantages de l'accumulateur sur les piles primaires) suivant le travail à exécuter. Ainsi, avec un accumulateur d'une capacité de 20 ampères-heure par exemple et dans le cas d'un éclairage par incandescence, une lampe n'ayant besoin pour fonctionner que d'une énergie s'élevant environ à 1 ampère-heure, le débit de l'accumulateur se réglera de lui-même en conséquence, et la durée de a provision électrique sera, par suite, d'une vingtaine d'heu-

res. Si, au contraire, on se trouve en présence d'un cautère galvanique, qui absorbe une énergie électrique variant de 25 à 28 ampères-heures, ce même accumulateur ne pourra le faire fonctionner que pendant 40 à 45 minutes.

Formation. — En terminant ces généralités, je dois dire un mot de la formation, dont on peut considérer la perfection comme la condition *sine qua non* d'un bon accumulateur.

La formation a été de la part des électriciens l'objet de nombreuses recherches, dans le but d'abréger cette période de la construction des accumulateurs.

La formation a pour but de rendre accessible à l'électrolyse un certain poids de chaque électrode. La capacité d'emmagasinement d'un accumulateur est proportionnelle aux poids des matières intéressées et par suite aux volumes de métal accessibles.

Deux méthodes générales sont employées pour arriver rapidement à une bonne formation.

1^o Développement considérable de la surface des électrodes. La formation a lieu, dans ce cas, *en surface*. De ce genre sont les accumulateurs de MM. Kabath et de Meritens, ceux à lames plissées de M. Regnier (fig. 11), et ceux de M. de Montaud.



Fig. 11.

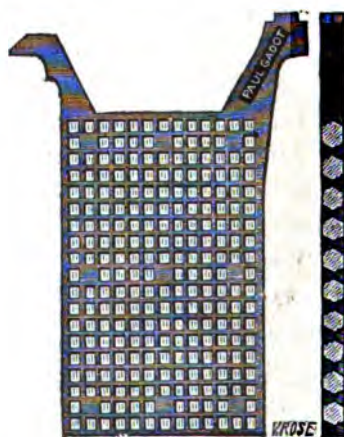


Fig. 12.

2^o Fabrication d'électrodes de plomb profondément perméables d'emblée. C'est ce qu'on appelle la formation en *pro-*

fondeur qui se retrouve dans les accumulateurs Faure à oxydes de plomb, à sulfure de plomb (proposés par Schulze), à électrodes en plomb allié rendues poreuses par l'extraction du métal auxiliaire et dans ceux de M. Gadot, dont les lames, cellulaires, sont formées de deux feuilles de plomb, percées d'un grand nombre de trous coniques et rivées l'une à l'autre, de manière que les trous coniques se correspondent par leur plus grande ouverture, formant ainsi des alvéoles dans lesquelles les oxydes sont parfaitement emprisonnés (fig. 12).

Il serait trop long de passer ici en revue chacun de ces modèles d'accumulateurs, créés surtout en vue d'applications industrielles. Mais avant de parler de l'accumulateur chirurgical, je vais examiner les conditions que doit présenter cet appareil; il me sera ensuite facile de montrer pourquoi les accumulateurs employés au début n'ont pu résoudre le problème de la galvanocaustie thermique à l'aide de ce nouveau moyen.

Un accumulateur propre à un emploi chirurgical doit présenter un volume très restreint avec un poids peu considérable, de manière à être d'un maniement facile.

Il doit pouvoir être transporté sans que cela soit une cause trop immédiate de détérioration des éléments qui le constituent.

Il doit être aussi étanche que possible pour éviter à l'opérateur le désagrément des projections du liquide acide pendant le transport, et, en outre, il doit être absolument à l'abri des destructions parasites (sels grimpants au pôle positif) qui sont presque la règle dans les appareils de ce genre et abrègent très rapidement la durée de l'accumulateur, après avoir nui d'abord à son bon fonctionnement.

Il est aisé de reconnaître, d'après cela, que les accumulateurs cités plus haut, ne remplissent pas ces conditions.

GALVANOCAUTÈRE A ACCUMULATEURS

DU D^r CHÉRON

Au mois de novembre 1884, M. Labbé a présenté, en mon nom, à l'Académie de médecine un galvanocaustère à accumu-

lateurs qui offrait déjà un perfectionnement sur ceux alors existants, surtout au point de vue du volume et du poids. Il avait encore certains inconvénients que je me suis attaché à faire disparaître. Les oxydes qui garnissaient les alvéoles des lames avaient peu de cohésion et, après deux ou trois transports en voiture, il s'en détachait des parcelles, qui établissaient dans l'intérieur de l'appareil un court circuit qui déchargeait l'accumulateur. Il fallait donc fréquemment retirer l'ensemble des lames de l'auge qui les contenait, afin de les examiner et de vider les parcelles d'oxyde qui auraient pu se trouver au fond de celle-ci.

Il était, par suite, difficile de rendre l'accumulateur étanche. De plus, l'eau acidulée en contact avec les pôles de l'accumulateur (et surtout avec le pôle positif) les corrodait assez promptement, malgré le vernis protecteur qui les recouvrait.

Depuis huit ans que mon galvanocautère a été présenté à l'Académie de Médecine, j'ai entrepris de nombreux essais pour parer, dans les limites du possible, aux inconvénients que je viens de signaler. Je crois être arrivé à un résultat satisfaisant.

J'ai cherché d'abord à donner plus de cohésion aux oxydes contenus dans les cellules de l'électrode de plomb, et leur assurer un contact plus intime avec celle-ci, en l'amalgamant au préalable et en silicatant les oxydes préalablement mélangés d'une petite quantité de sulfate et de chlorure de plomb.

Ensuite, pour éviter que les chocs et les vibrations inévitables d'un transport en voiture, ne fassent tomber quelques parcelles d'oxyde entre les lames, j'ai interposé entre chacune d'elles, un ou plusieurs feuillets de toile d'amiante (1). La résistance intérieure apportée par cette disposition est fort peu de chose, en raison de la grande porosité de l'amiante, et ne constitue qu'un bien léger inconvénient, amplement

(1) Cette idée n'est, paraît-il, pas nouvelle. Un ingénieur, de Paris, a imaginé une disposition de piles sèches dans laquelle les électrodes sont séparées par des plaquettes d'amiante. Dans son brevet, l'inventeur signale et se réserve la possibilité d'appliquer cette disposition aux accumulateurs. Il n'a pas, jusqu'ici, donné suite à cette idée.

compensé par la sécurité que l'on a désormais pour le transport de l'appareil.

Enfin, un mastic à base de goudron et de caoutchouc durci dans lequel sont noyées les connexions des pôles avec les lames, met ceux-ci à l'abri de toute corrosion et sert, en outre, à fixer d'une manière complète le couvercle de l'accumulateur. On n'a plus ainsi à craindre les projections de liquide qu'un choc peut produire.

Le couvercle de l'accumulateur donne passage à un tube qui descend à une petite distance du liquide et permet la sortie des gaz.

Comme dans mon premier modèle (fig. 13), le galvano-

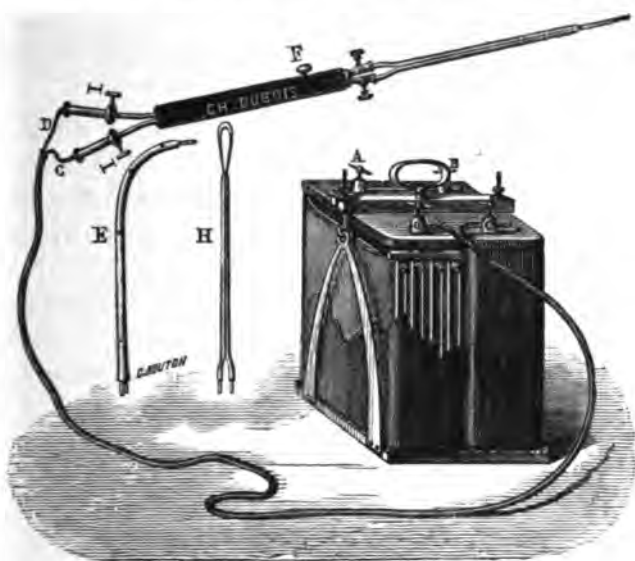


Fig.13.— A. Accumulateurs dont la paroi antérieure de l'un d'eux est enlevée pour montrer la disposition des lames. — F. Pédale du manche porte-cautère.— E. H. Cautères. — C. C. Conducteurs dont les extrémités II sont fixées au manche.

cautère comprend deux accumulateurs ainsi disposés. L'intensité du courant qu'ils fournissent est de 20 ampères.

Un rhéostat d'une construction particulière et un interrupteur sont fixés à l'appareil.

Le premier permet de régler rigoureusement la tempéra-

ture du cautère employé et le second permet à un aide de faire fonctionner l'appareil au moment voulu.

RHÉOSTATS

L'emploi du rhéostat est, dans certains cas, indispensable.

On sait, en effet, que l'énergie de la pile chirurgicale au bichromate de potasse ou de soude se proportionne à l'immersion plus ou moins grande des lames, zinc et charbon, dans le liquide actif. Il n'en est plus de même pour l'accumulateur, dont la décharge est sensiblement uniforme du commencement à la fin. Or, la température chirurgicale par excellence étant celle du rouge sombre, on doit s'attacher à maintenir les cautères à ce degré-là.

Cette condition, facile à remplir, comme je le disais plus haut, avec les piles au bichromate, ne peut guère s'obtenir pratiquement, avec les accumulateurs, qu'à l'aide d'un rhéostat.

Le principe de l'emploi du rhéostat consiste dans l'interposition, dans le circuit qui comprend l'accumulateur et les cautères, d'une longueur plus ou moins grande d'un fil résistant de maillechort, par exemple.

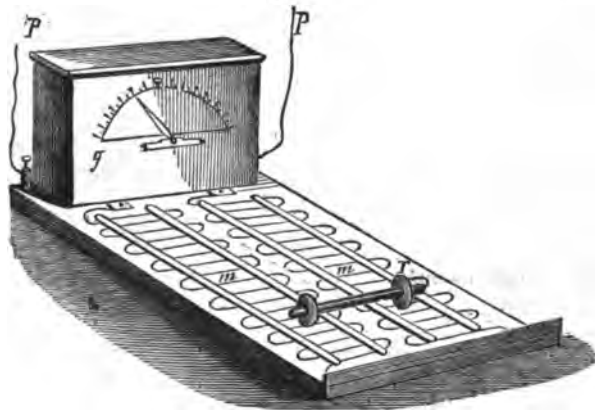


Fig. 14.

Rhéostat de Boëtel. — Il existe bien des formes de rhéostat. Le premier fut imaginé par Boëtel, il y a une douzaine d'années. Cet appareil (fig. 14) est formé par une plan-

che de sapin, sur laquelle sont disposés deux longs fils de maillechort, faisant chacun cinquante méandres. Ces deux fils ne communiquent que par l'entremise d'une paire de roues massives en cuivre, réunies par un axe de même métal. Cette espèce de chariot peut rouler d'un bout à l'autre de l'échelle constituée par les fils de maillechort et, par suite, permettre d'intercaler dans le circuit une résistance plus ou moins grande et d'affaiblir d'autant l'intensité du courant. Un galvanomètre d'intensité est joint à l'appareil. Ce rhéostat est un peu encombrant et difficilement transportable.

Rhéostat de Trouvé. — M. Trouvé en a construit un basé sur le même principe de l'intercalation d'une longueur variable de fil résistant.



Fig. 15.

Ce rhéostat (fig. 15) est formé par une longue hélice de gros fil de maillechort, au centre de laquelle peut aller et venir une tige de cuivre dont l'extrémité seule flotte sur chaque spire de l'hélice.

Rhéostat de Chéron. — Le rhéostat que j'ai fait construire repose sur le même principe que celui de Trouvé. La disposition seule varie. Elle présente l'avantage d'un maniement plus commode.

Ce rhéostat se compose (fig. 15 bis) d'une hélice en fil de maillechort, dont une des extrémités est soudée à une virole en cuivre. Un tube de cuivre, concentrique à l'hélice dont il est isolé par un mastic calcaire, est rivé à une virole semblable à la première. Les deux viroles font corps avec tube de cuivre, mais celle à laquelle est fixée l'hélice en est séparée par une bague d'ivoire.

Le tube porte suivant sa longueur, une fente d'environ

5 millimètres de largeur, laissant à découvert les diverses spires de l'hélice.

Une bague en cuivre, pouvant glisser sur le tube, porte un frottoir à ressort, qui passe dans la fente du tube et s'appuie successivement sur les spires de l'hélice de maillechort.

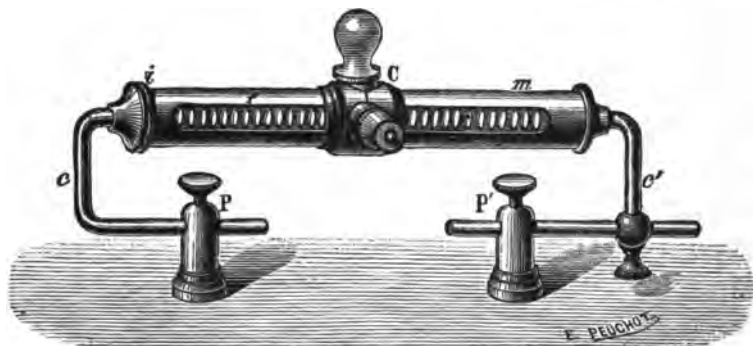


Fig. 15_bis.

Les positions diverses que l'on donne à la bague, permettent d'intercaler dans le circuit une plus ou moins grande longueur de fil de maillechort et, par suite, en faisant varier la résistance, de modérer à son gré l'intensité du courant.

Telle est, à grands traits, la description du galvano-cautère à accumulateurs tel que j'en ai modifié et des appareils accessoires qu'il comporte.

J'ai pratiqué depuis un certain nombre d'opérations avec cet appareil et je n'ai eu qu'à me louer de son fonctionnement.

(A suivre.)

SUR UN CAS D'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE**pour rétroversion utérine,**

Par le D^r Jules BATUAUD,
ancien interne de Saint-Lazare.

(Communication faite à la Société médicale de l'Elysée, séance du
7 mars 1892).

L'hystéropexie abdominale appliquée au traitement des rétro-déviations utérines (rétroversion et rétroflexion) est entrée depuis trop peu de temps dans la pratique courante pour qu'il soit possible, à mon avis, de porter un jugement définitif sur les résultats éloignés de cette opération. Je considère que, sur ce point de gynécologie, nous sommes encore dans la période d'études, malgré les travaux intéressants publiés sur cette question.

C'est pourquoi je vous demande la permission de vous apporter ici, à titre de simple document dont je ne m'exagère pas la portée, mais que je crois intéressant à un certain point de vue, la relation d'un fait que je viens d'observer.

Je désire surtout vous fournir l'occasion, à propos de cette communication, de nous dire si vous avez eu l'occasion d'examiner des malades hystéropexiées depuis un temps plus ou moins long, quels sont les résultats qu'il vous a été donné de constater, — et profiter aussi de l'expérience personnelle de chacun de vous sur ce sujet.

Je ne m'attarderai pas à vous faire l'historique de l'hystéropexie.

Vous savez que cette opération consiste à faire une laparotomie permettant de mobiliser et de redresser l'utérus en rétro-déviations et de fixer, par des points de suture, à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, soit le fond de l'utérus, soit ses annexes.

Kœberlé (de Strasbourg) pratiqua pour la première fois cette opération en 1869 ; Sims la réinventa en 1875 ; elle fut introduite en Allemagne par Schröder en 1876 et vulgarisée par les travaux de Klotz (1883), d'Olshausen (1885) et de Saenger (1888).

Ce n'est que depuis 1888 qu'elle est entrée dans la pratique courante des chirurgiens français, et, à la suite des observations de MM. Terrier et Picqué, l'hystéropexie fut, à plusieurs reprises, en 1888 et en 1889, l'objet d'importantes communications, à la Société de chirurgie et à la Société d'obstétrique de Paris.

Je suis heureux de citer ici la thèse très intéressante et très complète de mon compatriote et ami, le Dr Baudouin (thèse de Paris 1890). C'est dans ce consciencieux travail qu'il faut chercher tous les documents historiques et statistiques jusqu'au milieu de l'année 1890, aussi bien que les divers procédés opératoires que je me garderai bien de vous reproduire ici.

Avant la lecture du travail que je viens de citer, j'avoue que l'hystéropexie me séduisait médiocrement.

Je ne faisais aucune difficulté d'admettre que le taux de la mortalité opératoire devait être minime, mais enfin il peut y avoir de loin en loin un cas malheureux, le dogme de l'immortalité opératoire n'ayant pas encore été proclamé, comme le dit plaisamment M. Doléris. Du reste, M. Baudouin a relevé deux cas de mort sur 235 opérations pour rétrodéviations et M. Polailon (*Société de chirurgie*, 1889, p. 66) a rapporté un cas de mort après hystéropexie pour prolapsus.

Je croyais sans peine également à la possibilité absolue du résultat orthopédique et il se trouve que les insuccès orthopédiques ont été de 10 0/0, d'après les relevés de M. Baudouin.

Mais ce qu'il me semblait difficile d'admettre, c'était la *disparition complète des douleurs* après l'hystéropexie, même après une hystéropexie avec fixation solide de l'utérus à la paroi abdominale.

Je croyais, comme je l'ai entendu souvent répéter à mon maître, M. le Dr Chéron, que les malades devaient continuer à souffrir.

frir plus ou moins après l'hystéropexie, cette opération ayant précisément pour but de créer artificiellement une *antéversion fixe, adhérente, pathologique*. Il ne faut pas oublier, en effet, que la position normale de l'utérus est bien l'antéversion, quand la vessie est vide, mais l'utérus doit avant tout *être mobile* et Schultze (*Traité des déviations utérines*, trad. de Hergott) a très judicieusement insisté sur l'importance capitale de cette mobilité de la matrice.

Plaçons-nous sur le terrain clinique. Nous soignons tous un plus ou moins grand nombre de malades atteintes d'antéversion adhérente en même temps que d'autres atteintes de rétroversion adhérente ou non. Eh bien ! est-ce que, sauf l'obstruction intestinale qui est spéciale à la rétroversion et qui est d'ailleurs relativement très rare, les symptômes ne sont pas à peu de chose près les mêmes dans les deux cas et presque aussi pénibles dans un cas que dans l'autre, dans l'antéversion pathologique comme dans la rétroversion ?

L'hystéropexie remplaçant de parti pris une rétrodéviation adhérente ou non par une antéfixation adhérente, l'amélioration produite serait-elle suffisante pour ouvrir le ventre, pour faire une cicatrice plus ou moins longue, pour exposer à une éventration possible, quelque rare qu'elle dût être, enfin pour obliger la malade à porter une ceinture abdominale à perpétuité ? (1)

M. Baudouin a réponse à toutes les objections. Pour lui, la mortalité opératoire doit être nulle ; les succès orthopédiques sont la faute de l'opérateur ; quant aux douleurs, si elles persistent après la correction du déplacement, ce qui est très rare, c'est qu'il y avait une lésion des annexes méconnue ou que la malade est une simple névropathe dont les douleurs n'avaient pas leur cause dans les organes génitaux. Enfin, les cas de hernies à la partie inférieure de la plaie sont très rares et serrencon-

(1) Je laisse systématiquement de côté la question si importante des rapports de l'hystéropexie avec la grossesse, les documents publiés jusqu'à ce jour étant encore insuffisants. (Voir, sur ce point : LABUSQUIÈRE : De la grossesse après l'hystéropexie, *Ann. de Gynec.*, août 1891, et FRAIPONT : De la grossesse après l'hystéropexie abdominale pratiquée pour rétroflexion utérine, *Rev. des mal. des femmes*, juillet 1891.)

trent seulement dans les premières hystéropexies, faites, il y a plusieurs années, dans la période de tâtonnement.

Tout en faisant la part de l'enthousiasme, je restais ébranlé dans mes convictions théoriques....j'attendais. Voici, messieurs, le fait que j'ai eu l'occasion de voir tout dernièrement :

Mme M..., habitant 68, rue Lepic, à Paris, s'est présentée le 1^{er} février 1892 à la Clinique de M. le D^r Chéron.

Agée actuellement de 42 ans et n'exerçant aucune profession, parce que, dit-elle, elle ne peut se livrer à aucun travail régulier, cette malade a été réglée à 13 ans, très irrégulièrement jusqu'à l'âge de 19 ans ; les règles étaient peu abondantes, duraient 3 à 4 jours et s'accompagnaient de vives douleurs.

Elle s'est mariée à 26 ans et a eu 3 enfants à terme, le 1^{er} il y a 17 ans, le second, il y a 15 ans, le troisième, il y a 10 ans.

Les accouchements ont été tous trois naturels et sans accidents consécutifs graves. Le repos au lit a été d'une quinzaine de jours après chacun d'eux.

Depuis le mariage jusqu'au dernier accouchement, la santé a été bonne ; la dysménorrhée a beaucoup diminué après le premier accouchement.

Depuis 5 à 6 ans, la santé s'est progressivement altérée ; sensations de pesanteur et de tiraillement dans le ventre ont été s'accroissant, de même que les douleurs dans la région lombo-sacrée. Envies fréquentes d'uriner. Constipation habituelle. Les pertes blanches sont devenues de plus en plus abondantes. Il y a eu, à intervalles plus ou moins éloignés, des ménorrhagies d'ailleurs sans gravité.

Au mois de septembre 1890, la malade a subi un curetage à l'hôpital. Il y a eu une amélioration très nette de la leucorrhée, mais les douleurs ont persisté comme auparavant.

A la fin d'octobre 1890, elle entre de nouveau à l'hôpital. On constate une rétroversion qui est d'abord traitée par le massage, mais celui-ci n'est pratiqué que 4 ou 5 fois en six semaines. On se décida alors à pratiquer l'hystéropexie, le 10 janvier 1891.

A la suite de l'opération, pendant un mois, il y a de la réten-

tion d'urine pour laquelle on est obligé de sonder la malade tous les jours. Puis ces accidents cessent et elle sort du service, le 1^{er} mars 1891, munie d'une ceinture à pelotes.

Depuis la sortie de l'hôpital, cette malade n'a pas eu de nouvelle rétention d'urine, mais ses douleurs et ses malaises sont redevenus ce qu'ils étaient avant l'hystéropexie : mêmes envies fréquentes d'uriner, même constipation. Les douleurs de reins sont aussi fortes et aussi continues, affirme-t-elle. Elle éprouve toujours des tiraillements très pénibles dans le ventre. La sensation de pression sur le rectum a seule diminué. En un mot, elle n'a éprouvé pour ainsi dire aucune amélioration. Bien plus, elle serait incapable de reprendre son travail, parce que, dit-elle, il se ferait, au moindre effort, une hernie des intestins à travers la cicatrice abdominale.

J'examine la malade. Il y a une cicatrice, sur la ligne médiane de l'abdomen, cicatrice partant de 2 centimètres environ au-dessous de l'ombilic et aboutissant au pubis. Les bords de cette cicatrice sont manifestement écartés l'un de l'autre vers son milieu, et il y a une éventration légère (3 cent. de large sur 2 cent. de haut) ; si on fait tousser la malade, on sent nettement que les intestins viennent faire saillie et repousser la main placée à ce niveau. Immédiatement au-dessous, on sent très bien le corps de l'utérus.

L'examen bi-manuel permet de constater encore mieux que l'utérus est très solidement fixé au-dessus du pubis ; le col ne touche pas le plancher vaginal et l'utérus est bien suspendu à la paroi abdominale. Les culs-de-sac sont tous parfaitement dépressibles ; il n'existe aucun exsudat anormal. Il n'y a nulle part de la douleur, sauf quand on presse sur le fond de l'utérus, au niveau de l'éventration.

Ainsi donc, Messieurs, voilà un cas qui justifie pleinement les idées théoriques que je vous exposais tout à l'heure. L'opération a été bien faite ; l'antéfixation est solide, elle est restée solide depuis un an. La rétrodéviation est parfaitement réduite et cependant l'amélioration est pour ainsi dire nulle. L'état de la

malade s'est même aggravé, à cause de l'éventration qui est venue compliquer la situation.

Ce cas est-il isolé ?

J'ai demandé à mon maître, M. le D^r Chéron, de vouloir bien examiner la malade dont je viens de vous rapporter l'observation : Après l'avoir présentée aux auditeurs de sa clinique, il a brièvement rapporté *trois autres cas* pour ainsi dire calqués sur le précédent, sauf la complication de l'éventration : ces trois autres malades avaient leur utérus très solidement attaché à la paroi abdominale, mais elles continuaient à se plaindre des mêmes douleurs qu'avant l'hystéropexie.

La première conclusion qui se dégage de ces quatre faits, c'est que, en matière d'hystéropexie, résultat *orthopédique* et résultat *symptomatique* peuvent n'être pas synonymes, et que, dans certains cas tout au moins, les malades ne retirent qu'un médiocre bénéfice de la substitution de l'antéfixation opératoire à la rétro-déviatiou primitive.

La seconde conclusion que je vous propose d'adopter, c'est que, malgré ce qu'on a écrit sur ce sujet, nous connaissons encore trop incomplètement les résultats éloignés de l'hystéropexie pour dire que c'est une opération qui a fait définitivement ses preuves. En conséquence, il est préférable, je crois, jusqu'à plus ample informé, d'épuiser les autres ressources thérapeutiques dont nous disposons contre les rétro-déviations utérines, et en particulier le massage pelvien, avant de recourir à la ventro-fixation.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—
SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mars 1892.
—

COMPRESSE OUBLIÉE DANS LE VENTRE D'UNE FEMME.

M. PILATE (d'Orléans) rapporte l'observation d'une femme de

42 ans chez laquelle il pratiqua, le 4 avril 1890, l'ablation d'un fibrome douloureux ; il dut faire l'hystérectomie abdominale. Afin d'assurer la protection des viscères, on introduisit dans l'abdomen des éponges et des compresses. Le soir de l'opération, il y eut quelques vomissements, puis la malade se plaignit de douleurs dans le côté droit de l'abdomen et il survint un peu de phlébite au membre inférieur du même côté. Bientôt, tous les phénomènes disparurent et la guérison survint rapidement.

Au bout de six mois survinrent des phénomènes douloureux dans la région du foie ; les douleurs furent attribuées à des coliques hépatiques. Peu de temps après, les douleurs reparurent, s'étendirent à tout le ventre et s'accompagnèrent de vomissements et de tympanite ; il n'y avait pas de fièvre. Bientôt, cette dernière apparut et il fut possible de sentir des tuméfactions qui semblaient siéger autour de l'utérus. L'amaigrissement survint, et la malade s'affaiblissant, on allait se décider à intervenir, lorsque une compresse de tarlatane fut rendue par les garde-robes au milieu de matières fécales dures. La santé se rétablit complètement.

Ce fait est rare ; il prouve que les compresses antiseptiques permettent d'éviter la péritonite. Au début, la compresse s'est enkystée, puis une péritonite locale a été suivie de la perforation de l'intestin.

Un accident du même genre est arrivé à M. QUÉNU. Il s'agissait d'une malade atteinte de salpingite et en même temps présentant des accidents cardio-pulmonaires assez accentués dus à une affection mitrale. Le chloroforme détermina une syncope et l'on dut pratiquer la respiration artificielle. Pendant les manœuvres nécessaires, une compresse disparut dans le ventre. L'opération put être rapidement terminée, mais la malade présenta une dyspnée graduellement croissante et succomba. A l'autopsie, on trouva la compresse enroulée autour d'une anse d'intestin ; les compressions causées par sa présence avaient dû accélérer la mort. Il n'y avait pas de péritonite. M. Quénu a fait ourler de rouge des compresses pour ses opérations sur l'abdomen. Il est facile de les compter après l'intervention, car il n'en prend jamais que quinze.

M. TERRIER communique un fait qui a été observé par M. Terrillon. Une pince à pression aseptique fut oubliée dans le ven-

tre et y resta huit mois ; elle s'élimina au niveau de l'ombilic. M. Terrier a oublié une fois une éponge dans l'abdomen et la malade succomba à une péritonite. Il est impossible de stériliser convenablement les éponges et on ne doit pas s'en servir.

(*L'Union méd.*)

Séance du 30 mars 1892.

LAPAROTOMIE NÉCESSITÉE PAR LA PRÉSENCE D'UNE MÈCHE ÉNORME DE GAZE IODOFORMÉE OUBLIÉE DANS L'ABDOMEN ET RETROUVÉE DANS L'INTESTIN.

M. P. MICHAUX. Il s'agissait d'une malade, âgée de 24 ans, ayant subi une première laparotomie, puis une hystérectomie vaginale (Péan-Segond), en novembre dernier, pour remédier au retour des douleurs, et qui enfin fut de nouveau laparotomisée il y a cinq jours.

On trouva une masse d'anses intestinales agglutinées, courbées et adhérentes. En détachant ces adhérences, l'intestin se déchira et on put voir dans son intérieur une grosse mèche de gaze iodoformée. L'incision de l'intestin pour l'extirper était tellement étendue que l'on fut forcé de faire la résection de 12 centim. d'intestin. Suture de Lembert. L'opération avait duré deux heures un quart. Les jours suivants la température baisse, la malade est atteinte de soif continue. Il se fait une fistule fécale. La malade n'est pas morte.

M. MONOD présente les pièces d'une grossesse extra-utérine dont le diagnostic avait été impossible. On l'avait prise pour une tumeur de la trompe. La malade avait fait une fausse couche il y a quatre mois et depuis ce temps avait continuellement perdu du sang.

(*La France méd.*)

Séance du 13 avril 1892.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. LAPAROTOMIE. FISTULE URINAIRE.

M. MARCHANT. Pendant quatre époques de règles consécutives, la malade, jeune femme de 22 ans, fut prise de douleurs violentes dans l'abdomen, de fièvre, de ballonnement du ventre, de vomissements, tous symptômes pouvant faire penser à une péri-

tonite aiguë. Dès la première atteinte on pensa à une hémato-cèle. Entrée à la Maison de santé, on avait fait l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine. En l'examinant on trouvait une tumeur ayant tous les caractères du globe vésical, remontant un peu au-dessous de l'ombilic. Par le toucher on trouvait une tumeur dure, arrondie, remplissant tout le vagin, repoussant l'utérus en avant et en haut, où il était fort difficile de l'atteindre. Les phénomènes graves que présentait la patiente rendaient urgente une intervention.

Par la laparotomie on tombe directement dans une poche immédiatement située derrière la paroi hypogastrique, contenant des caillots noirs, qu'il fut possible d'extraire avec la main. Mais à ce moment se fit une hémorrhagie abondante, suintant de partout et dans un coin une masse pulpeuse, que l'on dut décoller rapidement, c'était le placenta. Jusqu'à ce moment pas de trace de fœtus, l'hémorrhagie était arrêtée, on put explorer la cavité ; et on put apercevoir et sentir à la paroi pubienne, dans une dépression au-dessous de la symphyse iliaque deux petits pieds, que suivirent un fœtus de 5 mois, lequel vécut pendant une heure après l'extraction, il était situé dans la grande cavité péritonéale.

Il fallait donc songer à une grossesse extra-utérine rompue. La malade urina normalement pendant quatre jours. Mais à ce moment, les mictions furent moins abondantes et on constata que les tampons étaient imbibés d'urine. Il s'était fait, par un mécanisme problématique, une fistule vésicale.

Je mis une sonde dans la vessie et la fistule se ferma au bout de deux mois et demi (du 7 juin au 27 août).

La malade est actuellement complètement guérie.

PÉRITONITE TUBERCULEUSE, 3 LAPAROTOMIES DONT LA DERNIÈRE PERMIT
DE CONSTATER LA GUÉRISON DES LÉSIONS.

M. RICHELOT. J'ai déjà parlé de cette malade, je dois compléter son observation. Je l'opérai en 1890 et pus constater, ainsi que je l'ai rapporté, une péritonite tuberculeuse généralisée avec granulations, liquide à aspect louche, puriforme, pseudo-membranes, etc. La malade guérit de son opération en juin 1890. Elle rentra en octobre 1890, où M. Labbé lui fait une nouvelle lapa-

rotomie. A l'ouverture du ventre la confluence des granulations était telle que l'on crut à un carcinome et on referma le ventre. Le résultat fut une énorme éviscération pour laquelle la jeune malade vint me retrouver. C'est en la guérissant de cette éviscération par une 3^e laparotomie que je pus constater la guérison de sa péritonite tuberculeuse au mois d'octobre 1891.

A ce moment il restait bien, en cherchant attentivement, une douzaine de granulations, mais pas de liquide, pas d'adhérences et partout un aspect lisse, uni, normal du péritoine, aussi bien pariétal que viscéral.

Depuis ce temps j'ai revu la malade, elle est en excellente santé et la constatation directe de sa guérison doit faire espérer qu'elle est définitive. Quel est le mécanisme de ces guérisons des péritonites tuberculeuses ? Faut-il admettre que, sous l'influence de l'excitation donnée par la laparotomie, il s'est fait une irritation, d'où des adhérences qui, fibreuses, étouffent et suppriment les nodules tuberculeux ? L'aspect lisse, uni, normal du péritoine, dans le cas que j'ai eu sous les yeux, ne permet pas de maintenir cette hypothèse. Il faut donc chercher ailleurs.

M. ROUTIER. Je connais une observation ayant trait à un enfant, laparotomisé pour une péritonite tuberculeuse, chez lequel on trouva du liquide, lequel contenait des bacilles, ils furent vérifiés, et qui, laparotomisé une deuxième fois un an après, ne présentait plus de bacilles dans le liquide péritonéal. L'enfant est resté guéri.

J'ai présenté une malade que j'avais opérée d'une péritonite présentant une confluence de granulations considérable, avec ascite. Cette malade a guéri en quelques semaines. J'ai eu de ses nouvelles encore il y a un mois, elle est en bonne santé, et à la palpation, le ventre est souple, non douloureux et tout doit faire penser, comme dans le cas de M. Richelot, qu'il y a guérison et sans production d'adhérences.

STATISTIQUE OPÉRATOIRE.

M. Pozzi lit la statistique opératoire de son service pendant les années 1890-92, comprenant 458 opérations sur lesquelles il y eut 16 morts, un peu moins de 3,5 %. Ces opérations se décomposent ainsi :

175 laparotomies de causes génitales ou autres ont donné.....	10 morts = 5,75 %
64 laparotomies pour annexites non suppurées.....	pas de morts.
54 laparotomies pour annexites sup- purées.....	4 morts = 7,4 %
18 hystérectomies et myomectomies...	3 morts = 16,6 %
31 hystérectomies vaginales de toutes causes.....	4 morts = 12 %

F. VERCHÈRE.

(La France méd.).

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DE BORDEAUX.

Séance du 1^{er} février 1892.

CANCER DE L'UTÉRUS GÉNÉRALISÉ PRIS POUR UNE CIRRHOSE ATROPHIQUE.

M. CONSTANTIN présente les pièces anatomiques d'une femme chez qui on avait trouvé tous les symptômes d'une cirrhose atrophique.

L'autopsie seule a révélé la nature des lésions.

La malade était depuis longtemps alcoolique ; circulation collatérale très développée, ascite considérable, liquide ascitique citrin ; urine chargée d'urates ; pas de symptômes du côté du petit bassin.

A l'autopsie, tous les organes de l'abdomen, sauf le foie, la rate et les reins, étaient criblés de nodules cancéreux ; le point de départ était manifestement l'utérus dont le col était cependant presque sain.

De là, l'infiltration avait gagné l'abdomen par les trompes, les ovaires, le diaphragme, la plèvre et la base du poumon droit par la voie diaphragmatique. Le poumon gauche présentait aussi quelques noyaux à sa base.

C'était un cas de carcinome miliaire, sans aucun signe de cachexie cancéreuse. La malade était seulement considérablement amaigrie.

(Journal de médecine de Bordeaux.)

REVUE DE LA PRESSE

GROSSESSE DANS UN UTÉRUS A PAROIS AMINCIES SIMULANT UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. Engelmann a communiqué une observation intéressante et qui montre bien de quelles difficultés est entouré, dans certains cas, le diagnostic de la grossesse extra-utérine.

Une femme de 32 ans, mère de plusieurs enfants et dont les règles n'avaient pas reparu depuis la naissance de son dernier enfant, âgé de 20 mois, et qu'elle avait nourri, se plaignait de symptômes qui pouvaient fort bien se rapporter à une nouvelle grossesse. Cependant, elle avait remarqué depuis quelques semaines l'existence d'une tumeur située dans la fosse iliaque droite, tumeur qui provoquait des douleurs et qui, disait-elle, disparaissait par moment. Cette tumeur s'était montrée tout à coup avec son volume actuel et aucune tuméfaction antérieure n'en avait révélé l'existence.

L'examen de la fosse iliaque droite permit, en effet, de constater l'existence d'une tumeur assez volumineuse, solide et mobile. D'autre part, le col utérin occupait sa situation normale, le corps de l'utérus était situé dans le bassin et jouissait d'une certaine mobilité ; il paraissait complètement indépendant de la tumeur voisine. On pouvait, en déprimant la paroi abdominale, introduire les doigts entre la tumeur et le corps de l'utérus, de sorte que l'on put croire d'abord avoir affaire à un dermoïde de l'ovaire. Cependant, les symptômes généraux et l'aspect du col firent penser plutôt à l'existence d'une grossesse extra-utérine. La malade fut laissée en observation.

Quinze jours plus tard, l'état s'était bien modifié ; on ne trouvait plus trace de la tumeur iliaque, mais, par le toucher vaginal, on constatait nettement le ballotement. Le fœtus était très mobile et fuyait sous le doigt dans diverses directions, mais il fut impossible de lui faire occuper de nouveau le siège de la tumeur primitivement constatée. L'avortement survint peu après ; le fœtus capsulé avait cinq mois ; les suites furent simples.

M. Engelmann pense qu'il s'agissait d'un utérus dont les parois amincies avaient permis, à un moment donné, au fœtus de se loger dans un point de la cavité. A ce moment, l'utérus se contractant sur

lui, avait formé une sorte de diverticule dans lequel il s'était trouvé, en quelque sorte, emprisonné ; c'est ainsi qu'on peut expliquer l'apparition brusque de la tumeur iliaque. Plus tard, la contraction cessant, le fœtus avait repris dans la cavité utérine sa position normale. C'est probablement cette alternative qui faisait dire à la malade que sa tumeur disparaissait à certains moments. (*Bull. méd.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE BACTÉRIOLOGIQUE DE LA CAVITÉ DU CORPS UTÉRIN
DANS LES ENDOMETRITES

PAR A.-F. BRANDT.

Brandt a fait, dans la clinique du professeur Slaviansky, l'analyse bactériologique de vingt-cinq cas d'endométrite, dont :

Endométrite hémorrhagique.....	11 cas.
— catarrhale.....	9 —
— blennorrhagique.....	4 —
— septique.....	1 —

Le traitement ayant consisté dans tous les cas dans le râclage de la muqueuse utérine, l'auteur se servait, avec toutes les précautions prescrites par la bactériologie moderne, des parcelles de la muqueuse utérine extraites par la curette pour la confection de lamelles et pour des ensemencements sur milieux solides. Pour se mettre à l'abri du transport des bactéries depuis le canal cervical par les instruments, on faisait d'abord une stérilisation à fond de ce canal, prouvée par le fait que des ensemencements avec des produits de râclage du col restèrent toujours stériles.

Les lamelles montrèrent des bactéries dans seize cas, des micrococci et des bâtonnets.

Les cultures donnèrent des résultats positifs dans sept cas (31 0/0). Deux cas donnèrent le streptocoque, en culture pure dans une endométrite septique. Dans trois cas on trouva le staphylocoque doré (formes hémorrhagique et catarrhale) pur ou mêlé au staphylocoque blanc et, dans deux cas, le staphylocoque blanc (endométrite hémorrhagique). Des inoculations à des lapins démontrèrent que ces bactéries avaient gardé leur virulence. L'examen bactériologique de coupes démontra la présence des bactéries dans les tissus mêmes : dans un cas d'endométrite interstitielle, il y avait des bacilles courts et gros et des microcoques dans les épanchements sanguins dans l'épaisseur

du tissu, et, dans une endométrite blennorrhagique, des gonocoques dans l'épithélium.

(*Journal accouch.*, octobre 1891.)

A PROPOS DE L'ACCUMULATION DE LIQUIDE DANS LA TROMPE,

Par M.-A. WOSKRESSENSKY.

Woskressensky résume d'abord les idées émises par le professeur Slaviansky sur les kystes par rétention des trompes (numéros de janvier, mars, mai-juin du *Journ. accouch.*, 1891), comprenant l'hydrosalpinx, le pyosalpinx, l'hématosalpinx et les kystes tubo-ovariques : le liquide ne peut s'accumuler dans les trompes que lors de l'oblitération de l'un des orifices — plus souvent de l'orifice abdominal, oblitération causée souvent par l'infection blennorrhagique ou septique.

Les expériences de Kehrer et de Landau contredisant cette manière de voir, Woskressensky fit à son tour des expériences sur quinze animaux (lapins 11, cobayes 2 et porcs 2) en leur mettant des ligatures sur l'extrémité abdominale ou utérine des trompes et d'autres au milieu de la trompe. Pour élucider le mode de formation de l'hydromètre il a fait aussi la ligature des cornes utérines. Pour provoquer l'inflammation, il injectait des cultures de staphylococcus citreus dans les trompes, de l'huile de croton dans les cornes utérines.

Ses conclusions confirment la manière de voir de Slaviansky ; la ligature du bout abdominal de la trompe entraîne un hydrosalpinx pouvant devenir très considérable, surtout dans le cas de ligature double, tandis que la ligature de l'orifice utérin de la trompe n'entraîne pas d'accumulation de liquide : le courant de ce dernier paraît donc être dirigé vers le péritoine. L'injection de staphylocoques a produit du pyosalpinx et, plus tard, de l'hydrosalpinx. Les expériences sur de très jeunes animaux n'ont pas donné d'accumulation de liquide, les organes n'ayant probablement encore point d'activité sécrétoire.

UTÉRUS BIFIDE. GROSSESSE. AVORTEMENT PROVOQUÉ AU TROISIÈME MOIS.

A la *Obstretical Society of Cincinnati*, M. Th. A. Reamy a relaté l'observation d'un cas d'avortement provoqué au troisième mois, chez une femme dont l'utérus était bifide.

La femme dont il s'agit avait eu, antérieurement, trois enfants nés à terme ; le plus jeune, au moment des accidents qui font l'objet de la communication, était âgé de 13 mois. Au troisième mois d'une quatrième grossesse assez pénible, elle fut prise de douleurs rappelant les tranchées utérines. Le médecin qui l'examina alors, ne trouvant ni ballonnement, ni trace d'hémorrhagie, constatant, de plus, que la tumeur était uniquement située dans la fosse iliaque droite, crut avoir affaire à une grossesse extra-utérine.

M. Reamy, appelé alors, pratiqua le cathétérisme de l'utérus et observa que la sonde pénétrait facilement jusqu'à 15 centimètres de profondeur quand elle était dirigée vers la gauche, qu'au contraire, elle était arrêtée à moins de 10 centimètres quand elle était dirigée vers la droite. En présence des douleurs et de l'état assez grave de la femme, il provoqua l'avortement et amena l'expulsion d'un fœtus de trois mois et de ses annexes. L'exploration digitale, pratiquée après l'avortement, permit de reconnaître que l'utérus était divisé en deux cavités verticales, par une cloison complète, antéro-postérieure, arrivant jusqu'au niveau de l'orifice interne du col, qui, lui, était unicavitaire.

Il est important, dit M. Reamy, de connaître la possibilité des cas de ce genre, car la soudaineté de la douleur, sa localisation et celle de la tumeur uniquement à droite, auraient pu légitimer, dans l'hypothèse vraisemblable d'une grossesse extra-utérine avec ruptures probables, une laparotomie immédiate.

(*Bull. méd.*).

ACCIDENTS RÉFLEXES PAR INJECTIONS VAGINALES MAL FAITES.

M. Roullin a rapporté, à la Société de médecine pratique, trois observations d'accidents réflexes (douleurs violentes dans le ventre et les reins, frissons, étouffements), survenus brusquement pendant des injections vaginales. Ces injections étaient faites avec la solution boriquée, liquide aussi inoffensif que possible. Mais, dans les trois cas, les canules employées étaient très longues. Il y a, sans doute, eu contusion du col utérin par le jet de liquide.

M. Delthil croit à la pénétration possible du liquide dans l'utérus.

M. Baudoin, dans une note parue dans le *Progrès médical*, se demande s'il n'y a pas eu plutôt, dans ces cas, quelque auto-inoculation traumatique.

Quoi qu'il en soit de l'origine de ces accidents, la règle pratique de n'employer que des canules courtes et perforées latéralement, paraît utile à rappeler.

NOUVELLES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE. — La Société obstétricale de France a tenu sa session annuelle à la Faculté de médecine de Paris (salle Laënnec), les 21, 22 et 23 avril 1892, à deux heures de l'après-midi. La cotisation annuelle est de 20 francs. Adresser les demandes de renseignements au Secrétaire, M. le Dr Crouzat, rue du Sénéchal, à Toulouse. — Dans le courant de l'année 1891, il s'est formé un comité d'initiative composé des professeurs de clinique d'accouchements des Facultés de France et des membres de la Section d'accouchements de l'Académie de médecine de Paris, dans le but de fonder une nouvelle Société sous le nom de *Société obstétricale de France*. Ce comité est ainsi constitué : *Présidents d'honneur* : Bouchacourt, F.-J. Herrgott, Stoltz ; *Président* : Tarnier ; *Membres* : Barthez, Budin, Charpentier, Fochier, Gaulard, Grynfeldt, Guéniot, Herrgott, Hervieux, Moussus, Pinard, Rouvier, de Villiers ; *Secrétaire* : Crouzat. La Société obstétricale de France a pour but de grouper les accoucheurs désireux de mettre en commun les résultats de leurs recherches personnelles et de leur expérience professionnelle. Les membres de la Société se réuniront en session, une fois par an, à Paris, pendant la semaine de Pâques ; chaque session comprendra un nombre de séances fixé d'avance. Seront de droit *Membres Fondateurs* : les Professeurs honoraires et titulaires d'accouchements, les médecins de la Section d'accouchements, les médecins et les chirurgiens dirigeant ou ayant dirigé une Maternité ou un Service d'accouchements, les accoucheurs du Bureau central, les agrégés en accouchements, les chefs et anciens chefs de Clinique d'accouchements qui auront adhéré à la fondation de la Société avant la première session (1872). Seront *Membres titulaires* : les docteurs en médecine qui en auront fait la demande ; celle-ci devra seulement être agréée par la majorité des membres fondateurs, lors de la première séance. Ils ne seront pas tenus de présenter un travail à l'appui de leur candida-

ture, condition qui deviendra obligatoire après la première session. Ont déjà envoyé leur adhésion : 67 accoucheurs français.

VARIÉTÉS

UN CAS DE MATERNITÉ PRÉCOCE. — Un individu comparaissait dernièrement devant la cour d'assises de la Seine. Il était accusé d'avoir abusé d'une petite fille de douze ans. On l'acquitta. Mais quelque temps après la fillette mit au monde un enfant.

LUI AVAIT-ON ENLEVÉ UN OVAIRE ? — Le tribunal de Birmingham s'est occupé d'une affaire assez intéressante. Le docteur Malins avait eu en traitement une jeune fille qui souffrait d'une affection ovarique. Il lui fit une laparotomie exploratrice, mais n'ayant rien trouvé d'anormal, il décida de laisser les ovaires intacts. L'année suivante, cette malade s'adressa au célèbre Lawson-Tait, qui, ayant ouvert le ventre, constata que l'ovaire gauche avait été extirpé et ne put donc enlever que l'ovaire droit.

La malade porta plainte devant la justice de son pays contre le docteur Malins, l'accusant de lui avoir enlevé l'ovaire gauche à son insu et sans son consentement.

Le docteur Lawson-Tait appuyait l'accusation de cette femme.

Le docteur Malins soutenait, lui, naturellement, qu'il n'avait rien extirpé. Les juges se trouvaient dans une situation embarrassante, car il eût été fin de siècle de pratiquer une troisième laparotomie pour s'assurer lequel des deux avait raison. Entre temps, heureusement, la plaignante s'est mariée, et en mettant au monde un enfant, elle a donné aux magistrats la solution du problème.

(The Medical Press.)

Pas jolie, la conduite de M. Lawson-Tait.

INSTITUT POUR LES FEMMES EN RUSSIE. — On annonce que, dans une de ses dernières séances, le Conseil de l'Empire de Russie aurait repoussé le projet de création d'un Institut de médecine pour les femmes, en déclarant, à la majorité des voix, que le moment actuel n'est pas favorable pour la fondation d'une Ecole supérieure de ce genre.

Le Conseil municipal de Saint-Pétersbourg vient de voter une subvention annuelle de 15,000 roubles pour le développement de l'éducation médicale des femmes. M. Botkine avait légué, il y a quelque temps, 20,000 roubles dans le même but, et M. Sibiriakov vient de donner 50,000 roubles pour aider au succès de l'entreprise.

PATERNITÉ PRÉCOCE (*Saint-Louis, med. surg. J.*, 7 décembre 1891.)

— Le Dr Barton Cooke Hirst rapporte dans le *University med. Magazine*, qu'il a accouché une jeune fille de quatorze ans, fécondée dans des relations secrètes avec un garçon plus jeune de dix mois. Comme c'était le cas le plus remarquable de paternité précoce qu'il eût jamais connu, il l'étudia soigneusement. Le jeune garçon, que sa mère conduisit à son cabinet, avait favorisé son développement sexuel par des habitudes anciennes de masturbation : il était bien développé et la puberté était bien établie. Il y avait eu rapports fréquents entre le garçon et la fille, quatre mois avant la conception et plusieurs mois après. A cause de l'extrême jeunesse de la mère, l'auteur s'attendait à des difficultés dans l'accouchement et, à cause du jeune âge des parents, à quelque anomalie dans le produit de la conception. La délivrance, cependant, fut facile et sans complication. L'enfant pesait sept livres et demie : il était sain et bien développé, et avait des diamètres céphaliques parfaitement normaux. La sécrétion du lait de la mère, que Barton Cooke Hirst s'attendait à trouver insuffisante, était abondante.

EXTRACTION D'UNE ÉPINGLE À CHEVEUX DE LA VESSIE D'UNE DAME, AVEC UN TIRE-BOUCHON, par le Dr CALDANI (in *Gazetta degli Ospitali*, n° 90, novembre 1891).— Il s'agit d'une paysanne de trente-quatre ans, mère de famille de quatre enfants, qui, cinq jours avant la visite du Dr Caldani, s'était introduit dans la vessie, par distraction, une épingle à cheveux par sa partie arrondie. Il y avait, au moment de la visite du médecin, des douleurs très vives ; la malade avait rendu de l'urine mélangée de pus et de sang. Au moyen d'un crochet en fil de fer, le médecin essaya, mais en vain, de faire sortir le corps étranger, qui était juste placé en travers de l'orifice interne de l'urèthre ; d'autres essais avec diverses pinces furent aussi infructueux. C'est alors que le Dr Caldani eut l'idée soit de plier par la force l'épingle à cheveux, soit de faire la cystotomie. Mais les examens étaient si douloureux qu'avant d'en arriver à ces extrémités, il tenta d'un moyen assez

original et non classique pour atteindre son but. Il prit un de ces tire-bouchons à double pas de vis, qui permettent la sortie des bouchons sans crainte de remuer le vin ; à la place du bouchon proprement dit, il plaça un petit tube métallique long de 8 centimètres et traversant une simple tige de fer terminée par un crochet. Cette tige, fixée à la place du tire-bouchon par le crochet, l'épingle fut saisie et le mouvement de vis, donné lentement au nouvel appareil appliqué au niveau de l'urèthre, fit sortir de la vessie le corps du délit, déjà tout incrusté de sels calcaires ; l'organe fut ensuite soigneusement lavé et bien désinfecté, et la malade guérit, jurant, mais un peu tard..., qu'elle ne s'épinglerait plus. (*Gaz. de Gyn.*)

BIBLIOGRAPHIE

I. *De la spécialité thérapeutique des eaux thermales de Brides-les-Bains (Savoie)*, par le Dr C. LAISSUS. Moutiers, 1891.

II. *Rapport sur le traitement thermal des enfants atteints de Paris aux eaux thermales de Salins-Moutiers (Savoie) en 1890*, par le Dr C. LAISSUS. Moutiers, 1891.

III. *Eaux thermales chlorurées sodiques de Salins-Moutiers (Savoie)*. Moutiers, 1890.

IV. *Contribution à l'étude des abcès de la glande vulvo-vaginale, leur étiologie et leur traitement*, par ALLART. Paris, Ollier-Henry, 1892.

V. *Le pessaire dans le traitement des métrites*, par le Dr KRIEGER. Bruxelles, Manceaux, id., 1892.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

Je me suis servi du pessaire dans dix cas et deux fois seulement il n'a pas été supporté à cause de périmérite subaiguë existante.

Dans tous les autres il a été d'une utilité incontestable.

Les indications du pessaire dans les métrites sont nombreuses et je crois pouvoir conseiller ce procédé :

1° Dans les endométrites avec abaissement de l'utérus ;

2° Dans les métrites lorsqu'il y a peu d'adhérences pelviennes ;

3° Dans les involutions utérines incomplètes ;

4° Après le curetage dans les cas précédents et surtout après le curetage post-abortum.

Cette méthode de traitement me semble rationnelle parce qu'elle résulte de la pathogénie même des métrites et comme la thérapeutique de ces maladies est loin d'être riche, il faut expérimenter longtemps et sans se laisser rebuter par quelques échecs tout traitement capable de diminuer dans une certaine mesure l'intervention du couteau.

VI. *La laparotomie proprement dite*, par le Dr KRIEGER.

VII. **Hydrothérapie et neurasthénie** (*Extrait de la Revue d'hygiène thérapeutique*, 1892), par le D^r F. BOTTEY.

VIII. **La laparotomie pratiquée dans un cas d'aplasie génitale totale**, par le D^r KEIFFER (*Extrait du Bull. de la Soc. belge de Gyn.*). Bruxelles, LAMERTIN, 1892.

IX. **Deuxième note sur la toxicité composée des bromures en injections intraveineuses**, par M. Ch. FÉRÉ. (*Extrait des comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1892.)

X. **L'otite grippale observée à Paris en 1891**, par le D^r LÆWENBERG (*Extrait des Annales des mal. de l'oreille et du larynx*). Tours, 1892.

XI. **L'insuffisance vélo-palatine**, par le D^r MARCEL LERMOYEZ (*Extrait des Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1892.)

XII. **Massage dans les affections du voisinage de l'utérus et de ses annexes**, par le D^r NOSTROM. Paris, Babé et C^{ie}, 1892.

XIII. **Les morphinomanes**, par le D^r HENRI GUIMBAIL. Paris, Baillière, 1891.

Voici les conclusions de cet important ouvrage dont nous conseillons vivement la lecture :

1° On devient morphinomane par deux voies différentes : l'accoutumance thérapeutique ou la recherche d'une volupté malsaine.

2° Sont particulièrement prédestinés à devenir morphinomanes, les intellectuels, les désœuvrés, les hystériques, les hypochondriaques, les neurasthéniques, les héréditaires.

3° Il y a deux espèces de morphinomanes : les morphinomanes par euphorie et les morphinomanes par nécessité vitale, avec cette réserve que ceux de la première catégorie passent toujours et rapidement dans la seconde.

4° La morphine en regard des plaisirs éphémères d'une surexcitation transitoire du cerveau accable l'infortuné qui s'est livré à ses charmes de maux physiques épouvantables.

5° La morphine altère l'intelligence, détraque le système nerveux et peut conduire à la folie et à la démence.

6° L'habitude du poison dynamogène pervertit le sens moral, abolit l'énergie volontaire et peut conduire au crime.

7° La morphinomanie est curable.

8° Son traitement, quelquefois pénible, ne garantit pas de récidives.

Formulaire de Médecine pratique, par le D^r E. MONIN, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique.

Le *Formulaire de médecine pratique* du D^r Monin (*nouvelle édition*, 4^e mille) doit son succès sans précédent à la précision et à la méthode hors de pair qui caractérisent l'ouvrage, livre de chevet pour le praticien. Toutes les indications thérapeutiques de la pathologie sont compendieusement détaillées et clairement élucidées, par ordre alphabétique, dans ce volume de 650 pages, luxueusement imprimé.

(Préface du professeur Peter).

Envoi *franco*, relié, contre *mandat de 5 francs*, adressé à la Société d'Editions, 4, rue Antoine-Dubois.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

48. — Traitement des exsudats puerpéraux récents.

(FRITSCH, de Breslau.) — Fritsch vient confirmer la pratique de Wiedow. Ouvrir le foyer purulent aussitôt que la présence du pus est constatée par le vagin. Abaisser l'utérus, en détacher le vagin, puis, en procédant par des touchers répétés, arriver jusqu'au tissu conjonctif libre paravaginal ; pénétrer par l'ouverture, et ouvrir alors le foyer purulent avec toutes les précautions possibles, au besoin faire précéder le bistouri qui va ouvrir la collection purulente par une ponction avec la seringue de Pravaz.

Dès l'apparition des premières gouttes de pus le long du bistouri, diriger un courant d'eau stérilisée à travers l'ouverture. L'eau entraîne le pus, qui ne peut se répandre dans le tissu cellulaire au dessus du vagin. Agrandir alors l'incision jusqu'à ce que l'on puisse facilement pénétrer avec le doigt dans la cavité. Suturer, à l'aide d'aiguilles courbes, les parois de l'abcès au vagin, tout autour par plusieurs plans de sutures. La suture met à l'abri de l'hémorrhagie.

Ne pas sectionner les bouts de fils, qui permettent de faire des tractions et d'agrandir au besoin l'incision.

Traitement consécutif. — Irrigations fréquentes. Tampon iodoformé.

(*Le Mouv. théér. et méd.*)

49. — Deux cas d'accouchement artificiel prématuré, par ORLOFF. — Il s'agit d'abord d'une naine cyphotique, âgée de 35 ans, primipare. Sa taille était de 1 m. 21 ; on a provoqué l'accouchement à la fin du 7^e mois. Le travail a duré 43 heures et s'est terminé heureusement par la naissance d'une petite fille très bien constituée ; sa longueur était de 30 centimètres ; les suites ont été normales.

Le deuxième cas d'accouchement artificiel s'est fait chez une femme âgée de 25 ans, multipare ; la malade était une femme très anémiée

par l'hydramnios ; le tour de son ventre était de 121 centimètres ; l'hydramnios produisait chez elle des étouffements continuels ; on a provoqué l'accouchement, il s'est écoulé deux seaux d'eau et, au bout de une heure et demie, l'accouchement a eu lieu ; deux petites filles sont nées : l'une par le sommet, elle était morte ; l'autre est venue par les pieds, vivante ; elle est morte au bout de deux jours. Les suites ont été normales. (*Russkaja medicina*, 1891, n° 26.)

Mme BERTILLON.



50. — Le fer rouge en gynécologie, par W. STOLIPINSKY, priv.-doc. à l'Université de Kazan. (*Journ. Accouch.*, avril 1891.) — A un moment où les nouvelles méthodes de traitement font fureur en gynécologie, comme partout ailleurs du reste, Stolipinsky croit devoir rappeler un moyen très ancien, le fer rouge, dont l'emploi est à la fois très simple et très efficace et qui ne mérite pas la dessuétude dans laquelle il est tombé. L'instrumentation pendant les opérations est très simplifiée, puisqu'on n'a besoin que d'un spéculum et d'un thermo-cautère, et qu'on n'a à s'inquiéter, ni de l'hémostase, ni des sutures, ni, par conséquent, de leur enlèvement consécutif, ce qui simplifie le traitement post-opératoire. Il ne faut pas oublier non plus l'action désinfectante du fer rouge qui, non seulement détruit les microbes et leurs spores, mais enlève aux tissus tant d'eau et coagule si fortement leur albumine, qu'ils deviennent impropres à une pullulation nouvelle de bactéries. Les indications du fer rouge sont : les érosions du col et la métrite parenchymateuse chronique (le plus souvent avec déchirure de l'orifice externe), l'endométrite chronique du col et du corps de l'utérus, les néoplasmes, l'hypertrophie du col, la vaginite granuleuse, les papillomes des organes génitaux externes et du périnée, etc. En outre, on applique la cautérisation au fer rouge : à la muqueuse des trompes dans la salpingotomie, à la muqueuse cervicale dans les amputations sus-vaginales, au pédicule des polypes muqueux et fibreux ; aux surfaces saignantes du col après la discision ; à la plaie résultant de l'énucléation de kystes vaginaux ; aux fistules génito-urinaires ; aux granulations exubérantes. On peut donc employer le fer rouge : 1° comme caustique (superficiel ou profond) ; 2° comme moyen d'exérèse, pour enlever des tissus pathologiques ; on doit ranger à part l'ignipuncture proposée par Courty contre la métrite chronique.

La technique ne présente point de difficultés : le vagin doit être largement dilaté à l'aide de quatre valves de Sims ; l'entrée du vagin garnie de ouate trempée dans du sublimé à 1/1000 ; le champ opératoire irrigué de temps en temps avec une solution antiseptique froide ; les applications du thermo-cautère très rapides. Pour la cautérisation de la muqueuse cervicale il faut la débarrasser du mucus mécaniquement ou à l'aide de dissolvants alcalins, tels qu'une solution concentrée de soude. L'amputation de la portion vaginale peut se faire de deux manières : 1° suivant une ligne perpendiculaire à son axe ; 2° suivant une ligne oblique, de manière à obtenir un cône dont le sommet regarde l'orifice interne.

Le traitement post-opératoire est très simple : tampon de gaze iodoformée dans le vagin (si la muqueuse cervicale a été cautérisée, on fait pénétrer le tampon dans le col, pour éviter son oblitération) restant en place pendant sept à huit jours, puis injections vaginales antiseptiques matin et soir ; les malades se lèvent le huitième ou dixième jour, après l'amputation conique seulement le douzième ou quatorzième jour.

Les résultats thérapeutiques sont excellents. Après cautérisation de la portion vaginale, celle-ci se recouvre, ainsi qu'a pu le constater l'auteur, d'épithélium pavimenteux stratifié qui est particulièrement résistant et s'oppose aux récides des érosions. Dans quatre cas, après avoir appliqué sans succès d'autres caustiques, tels que l'acide pyroligneux, le nitrate d'argent, la teinture d'iode, Stolipinsky a vu guérir les érosions du col après une seule application du fer rouge.

Enfin, l'amputation de la portion vaginale au thermo-cautère est indiquée dans les cas de cancer incipient du col, quand le médecin se trouve éloigné des ressources d'un grand hôpital et hors d'état d'entreprendre l'hystérectomie totale ; le fer rouge est ainsi appelé à rendre de grands services à la clientèle pauvre des campagnes.

(*Gaz. de Gyn.*)

* *

51. — Hystéropexie abdominale antérieure, par le D^r O. F. MERCIER, de Montréal (Canada). — L'auteur termine son mémoire par ces deux conclusions qui représentent bien les tendances actuelles :

1° L'on n'hésitera pas à pratiquer l'hystéropexie complémentaire

d'une laparotomie, si au cours de cette dernière opération on en reconnaît l'indication.

2° On devra même l'employer de propos délibéré, de préférence à tout autre procédé opératoire, dans les rétrodéviations graves, car non seulement elle assure toujours une guérison certaine, mais, pratiquée aseptiquement, elle n'offre presque aucun danger.

(Un. méd. du Canada.)



52. — Suppositoires vaginaux dans la leucorrhée des petites filles.

Iodoforme. 25 centigrammes.

Beurre de cacao. 1 gramme.

E. S. A.

Pour un suppositoire ; à appliquer matin et soir.



53. — De l'hydrastinine en gynécologie, par M. PORAK. — L'emploi de l'hydrastine est répandu depuis assez longtemps en Amérique où elle a été préconisée par Gordon, qui en a fait l'essai dans un grand nombre de cas.

En 1883, Schatz (A. f. G. B 32, H 1) l'a très chaudement conseillée dans les métrorrhagies. Quoiqu'opérateur distingué, il n'a pas hésité de déclarer que les résultats s'étaient montrés satisfaisants dans des cas où le curage indiqué avait été jugé insuffisant.

Depuis cette communication, la fortune du médicament a été brillante et, dans un temps où nous voyons le succès de tant de médicaments suivi de chute rapide, il est intéressant de signaler, à son avantage, que son emploi résiste à l'usure du temps.

Des travaux multiples sont venus successivement établir les résultats de ce médicament.

Depuis l'année dernière, la question est entrée dans une nouvelle phase. On a fait l'étude chimique de l'hydrastis canadensis et on en a extrait plusieurs substances, dont la berberine et l'hydrastine.

La berberine ne paraît pas douée de propriétés actives.

L'hydrastine semblait donc posséder seule les propriétés de l'hydrastis canadensis. Une légère oxydation de cette substance donne

elle-même naissance à deux corps; l'acide opianique (?) sans utilité et l'hydrastinine dont les propriétés ont un intérêt capital.

L'hydrastine a pour formule $C_{21} H_{21} NO_6$.

L'acide opianique $C_{10} H_{10} NO_5$.

Ce dernier corps a été isolé par Freund.

Des expériences sur les animaux et l'expérimentation clinique ont été instituées successivement par Fellner, Falk (A. f. G. B. 37 H, p. 295 et C. f. G. n° 49, p. 985) et par Czempins (C. f. G. n° 45, p. 905).

Voici ce qui résulte de ces recherches :

L'hydrastine possède une action manifeste sur les vaso-moteurs, mais cette action est faible et peu durable, elle détermine une augmentation, puis une diminution de la tension sanguine. C'est un poison du cœur. Elle semble agir sur le centre nerveux vaso-moteur. C'est donc un agent infidèle et dangereux.

L'hydrastinine n'a aucune action sur le cœur, son action sur la tension sanguine est faible, elle paraît agir directement sur le capillaire sanguin par un mécanisme encore assez obscur. Elle ne détermine pas de contractions importantes, ni durables du muscle utérin. Sa puissance vaso-constrictive est bien plus intense et bien plus durable que celle de l'hydrastine et que celle aussi de l'ergot de seigle et de ses dérivés.

L'ergot de seigle et ses dérivés agissent surtout sur la fibre musculaire lisse.

Ces propriétés indiquent donc les avantages respectifs de ces agents et montrent pourquoi ils réussissent et pourquoi ils échouent.

Lorsqu'on voudra faire contracter énergiquement l'utérus, l'action de l'ergot de seigle et de ses dérivés restera toujours celle sur laquelle on pourra le plus compter.

L'hémorrhagie de la délivrance par inertie utérine, celles qui sont liées à une involution incomplète et tardive de l'utérus constitueront donc les indications capitales de ces substances.

Mais dans les hémorrhagies de la puberté et de la ménopause, dans celles qui accompagnent les lésions des annexes, dans les cas de congestion utérine de la dysménorrhée, l'hydrastinine constituera le médicament de choix.

Dans les cas de corps fibreux, d'endométrite, son action sera simplement palliative et son administration devra être prescrite concurremment au traitement dirigé contre la cause même de la perte de sang.

L'hydrastinine est une substance très amère et d'un goût très désagréable. Soluble dans l'alcool et l'éther, elle est très peu soluble dans l'eau même chaude. Mais ses sels sont solubles. Il suffit donc d'ajouter une très faible quantité d'acide chlorhydrique pour obtenir sa solution.

On l'a prescrite en pilules, en capsules par la bouche, et aussi en injections hypodermiques. Par la voie sous-cutanée, son action est beaucoup plus évidente.

On peut en injecter jusqu'à dix centigrammes sous la peau. Pour avoir une action sérieuse il est bon de faire plusieurs piqûres par jour ou d'administrer le médicament plusieurs jours de suite, de façon que son action vaso-constrictive persiste tout le temps.

Elle n'agit que par accumulation, d'où il est bon de la prescrire plusieurs jours de suite pour assurer ses résultats.

On doit donc la prescrire avant les règles que l'on suppose devoir être ménorrhagiques.

Je me propose de soumettre à l'expérimentation cet agent dont on nous dit un si grand bien.

Jusqu'à ce jour, j'ai employé surtout la teinture d'hydrastis canadiens et dans les cas de persistance de l'écoulement sanguin pendant les couches, je dois avouer que les résultats obtenus ont été médiocres.

L'effet thérapeutique que je viens de vous analyser rend d'ailleurs suffisamment compte de cet insuccès.

Il faut un supplément de recherches cliniques avant de tirer des conclusions fermes : c'est ce que je me propose d'instituer. (*Soc. de méd. prat.*, 18 fév. 1892.)



54. — Opération césarienne. — Dans la séance du 2 mars de la Société d'obstétrique, M. Cullingworth a rapporté une observation que nous résumons ainsi :

B. J..., âgée de vingt et un ans, mariée, primipare, fut admise à Saint-Thomas's Hospital le 25 septembre 1891. Rachitique dès l'âge de quatre ans, elle a subi plusieurs opérations orthopédiques dans le but de redresser les difformités dont elle était atteinte. Mariée le 1^{er} janvier 1890, elle fut réglée pour la dernière fois du 4 au 8 janvier 1891 ; craignant qu'en raison de l'exiguïté de sa taille, son accouche-

ment ne se fit pas d'une façon normale, elle eut recours à son médecin, qui, après l'avoir examinée, lui conseilla l'avortement vers le septième mois. Elle consentit, et le 12 août et les jours suivants, on chercha à provoquer le travail. Comme les efforts tentés dans ce but ne donnaient aucun résultat, on renonça à ce procédé et on se prononça en faveur de l'opération césarienne. C'est à cette époque que la malade entre à l'hôpital. Elle a 1 m. 34 de hauteur ; elle présente une déviation prononcée de la colonne vertébrale. La distance des côtes inférieures à la crête iliaque n'est que de 25 millimètres, et cette distance est plus petite à gauche qu'à droite, le bassin ayant subi un mouvement de bascule vers la gauche. On comptait entre les épine iliaques supérieures 20 centim. 3 ; entre les crêtes iliaques 22 centim. 9 ; le diamètre oblique était de 7 centim. 6, et le diamètre antéro-postérieur mesurait environ 6 cent. 3. Le promontoire du sacrum était tellement dévié à gauche qu'on avait de la peine à introduire le doigt entre cet os et la paroi latérale du bassin. Le bassin présentait donc un rétrécissement de tous ses diamètres et surtout de ses diamètres obliques, dû au rachitisme et à la scoliose. La tête du fœtus se trouvait dans la fosse iliaque droite, avec le dos en avant et à gauche. L'axe de l'utérus était dirigé obliquement de l'hypochondre gauche vers la région iliaque droite. Les mouvements du fœtus et les battements du cœur étaient nettement perçus. A l'auscultation, on reconnaissait la présence du placenta à droite, mais il n'atteignait pas la ligne médiane. L'opérateur, après cet examen, se déclara également partisan de l'opération césarienne, qui eut lieu le 18 octobre suivant. On pratiqua une incision de 12 cent. 5 de long, partant d'un point situé au-dessus de l'ombilic et se dirigeant en bas vers le pubis. En arrivant sur l'utérus, on trouva cet organe déplacé vers la gauche, avec le ligament large et les annexes gauches dirigés en avant. Des tentatives de redressement déterminèrent deux petites perforations du péritoine, que l'on ferma aussitôt au moyen de sutures. On fit alors une incision de 10 centimètres dans l'épaisseur des parois utérines, en assurant l'hémostase par la compression digitale, jusqu'à ce que la poche fœtale se montrât dans la plaie utérine. Les membranes furent ponctionnées et le liquide amniotique évacué. Après avoir prolongé l'incision en haut et en bas, on introduisit une main dans l'utérus et on retira sans trop de difficulté le fœtus suivi du placenta et des membranes. Deux doigts passés à travers le col permirent de s'assurer qu'il était perméable, après quoi l'on pratiqua une injection

d'ergotine. La ligature élastique ne fut pas employée, mais on ferma l'incision utérine au moyen de deux rangées de sutures en soie, l'une profonde et l'autre demi-profonde. Après avoir lié les trompes de Fallope, l'utérus, recouvert de l'épiploon comme d'un tablier, fut replacé dans l'abdomen et il ne resta plus qu'à faire que la suture de la plaie abdominale. L'enfant avait 52 centimètres de longueur et pesait 3,388 grammes. L'opérée s'est parfaitement remise ; actuellement, la mère et l'enfant vont bien.

M. Leith Napier relate le cas d'une femme mariée, multipare, dont le premier accouchement s'est fait à terme le 18 mars 1890, moyennant l'emploi de la craniotomie et de l'embryotomie. On l'avait alors engagée à se présenter à l'hôpital dans le cas d'une nouvelle grossesse, pour qu'on pût faire l'accouchement prématuré, mais elle ne jugea pas à propos de suivre ce conseil. Sa taille était de 1 m. 45. Lorsque cette femme s'est présentée à terme, l'opérateur a fait l'opération césarienne par la méthode de Saenger-Muller avec sutures profondes et demi-profondes des parois utérines. Elle présentait une déviation prononcée de la colonne vertébrale avec ankylose de la hanche gauche. L'opération a été pratiquée le deux cent quatre-vingtième jour de la grossesse, avant le début du travail. Le placenta se trouvait en avant. L'opération a duré quarante-six minutes, et, malgré une attaque de pleuro-pneumonie qui a singulièrement retardé la convalescence, la malade a pu quitter l'hôpital le trente-quatrième jour après l'intervention chirurgicale, complètement guérie, et avec un enfant bien portant.

M. John Shaw rapporte l'observation d'une primipare, rachitique dès l'enfance. Sa taille était de 1 m. 34. Le diamètre antéro-postérieur mesurait 6 cent. 3. L'opération césarienne fut pratiquée par la méthode Saenger avant le commencement du travail, les battements irréguliers du cœur du fœtus faisant craindre sa mort prochaine. La perte de sang fut moins considérable que celle qui accompagne l'accouchement normal. Les trompes ont été liées et on s'est servi de catgut chromisé pour les sutures. L'enfant a été retiré vivant de l'utérus et a vécu cinq semaines. On eut quelques inquiétudes sur l'état de la mère, qui présenta des symptômes de septicémie dus probablement à la présence de fragments de membranes abandonnés dans la cavité utérine ; il y eut un peu de paramétrite, mais la malade put quitter l'hôpital en bonne santé.

M. Cameron (de Glasgow) constate la difficulté que présente l'em-

ploi de la ligature élastique, et il insiste sur la nécessité de redresser l'utérus dans le cas où celui-ci se trouve dévié. Pour prévenir l'hémorrhagie, il se sert du pessaire aplati de Graily Hewitt (de Londres). Aussitôt après l'incision de l'utérus, il faut se hâter d'extraire le fœtus, mais il n'en est pas de même en ce qui concerne le placenta. Il n'approuve pas la ponction du sac amniotique, parce que ce procédé détermine immédiatement la contraction des parois utérines, ce qui oblige à prolonger l'incision. L'orateur déconseille formellement le drainage de la matrice après l'opération. La présence du drain provoque, selon lui, des contractions utérines qui amènent infailliblement l'arrachement des sutures. Il se contente de s'assurer que rien n'a été laissé dans la cavité utérine. Il a pratiqué cette opération 15 fois avec deux décès, mais ces insuccès n'étaient nullement imputables à l'opération elle-même.

M. Cameron, en terminant, se déclare partisan de l'opération césarienne toutes les fois que le diamètre sacro-pubien ne dépasse pas 6 centimètres 5.

(*La Sem. méd.*)

D^r A. GUBB.

* * *

55. — Liniment contre les gerçures du sein (VINAY.)

Aristol.....	4 grammes.
Vaseline.....	20 —

Faites dissoudre. — A l'aide d'un pinceau trempé dans ce liniment, on badigeonne le sein après chaque tétée, en ayant soin de pincer la base du mamelon pour étaler les papilles et découvrir toutes les gerçures.

N. G.

* * *

56. — Solution antiseptique pour injections vaginales, (SUNAR.)

Naphtol B.....	15 grammes.
Alcool.....	30 —

F. s. a. une solution, dont on verse une cuillerée à café dans un litre d'eau préalablement en bouillie et filtrée. — Ce mélange est donné en injection vaginale, chaud ou froid, selon les cas. — N. G.

* * *

57. — Suppositoire contre la dysménorrhée. (FARLOW.)

Extrait de cannabis indica.....	0 gr. 015 milligr.
Extrait de belladone.....	0 gr. 015 —
Beurre de cacao.....	50 grammes.

Mélez pour un suppositoire. — En faire cinq semblables. — Pour remédier à la dysménorrhée, on introduit tous les soirs un suppositoire, à partir du cinquième jour avant les règles.

* * *

58. — Du débridement de la vulve comme opération préliminaire de la technique de l'extirpation de l'utérus par le vagin, par M. CHAPUT. (*Société obstétric. et gynécologique*, décembre 1891). — M. Chaput résume ainsi les indications du débridement de la vulve qui lui paraît nécessaire :

1° Dans l'extirpation de l'utérus pour fibrome, salpingite ou cancer, quand la vulve est gênante par son étroitesse ;

2° Dans l'énucléation des fibromes par voie vaginale (méthode de Péan) ;

3° Chez les vierges ;

4° Dans les fistules vésico-vaginales inaccessibles. H. B.

* * *

59. — Subinvolution utérine.

Sulfate de strychnine.....	1/4 milligramme.
Sulfate de quinine.....	1 décigramme.
Ergotine.....	5 centigrammes.

Pour une pilule. — Une à chaque repas. Dr A.-F. PHILIPPEAU.

* * *

60. — Du curettage de l'utérus, par M. PICQUÉ. (*Rev. gén. de cliniq. et thérap.*, 3 février 1892.) — M. Picqué ne pense pas que l'anesthésie soit nécessaire. Il ne pratique, d'autre part, la dilatation du col que dans deux conditions :

1° Quand l'utérus est en antéflexion ;

2° Quand l'atésie du col s'oppose à la pénétration de la curette.

En tout cas, il pratique la dilatation extemporanée avec des instruments en bois et métalliques. Il n'a recours à la dilatation lente

que dans les cas d'antéflexion prononcée, où elle a de sérieux avantages.

Contrairement à l'opinion de certains chirurgiens, M. Picqué ne croit pas qu'il soit nécessaire de drainer la cavité utérine. H. B.

61. — Crayons et Pommade contre la métrite. (KRICKA.)

Aristol.....	10 grammes.
Gomme arabique pulv.....	90 —

F. S. A. — Dix crayons semblables qui doivent mesurer chacun à 5 centimètres de longueur, et que l'on emploie dans le cas d'endométrite, de métrite ulcéreuse et de paramétrite.

La pommade est composée de :

Aristol.....	4 grammes.
Axonge purifiée.....	4 —
Lanoline.....	32 —

On en enduit des tampons de ouate que l'on introduit dans le vagin.

62. — Traitement de l'aménorrhée.

Bichlorure de mercure.....	} à à 0 gr. 15
Arsénite de soude.....	
Sulfate de strychnine.....	0 gr. 10
Carbonate de potasse.....	} à à 2 gr. 70
Sulfate de fer.....	

P. f. s. a. pilules n° 60.

S. — A prendre une pilule après chaque repas.

(*Med. Rec. ; Occident. med. Times*,
nov. 1891, p. 621.)

63. — Solution et poudre contre la gangrène de la vulve.

Acide phénique.....	2 grammes.
Alcool.....	10 —
Eau distillée.....	200 —

Faites dissoudre. — Pour injections ou pour lotions dans le cas de gangrène de la vulve chez les petites filles. — On saupoudre ensuite les parties malades avec le mélange ci-dessous :

Poudre de quinquina.....	} à 20 grammes
Poudre de charbon.....	

Mêlez.

(Union médicale.)

64. — Injections vaginales à base de naphtol.

1° Naphtol A.....	3 grammes.
Alcool.....	25 —
Eau distillée.....	1000 —
3° Naphtol B.....	5 grammes.
Alcool.....	30 —

Eau distillée chaude, q. s. pour faire 1000 centim. cubes.

65. — Subinvolution utérine.

Sulfate de strychnine.....	1/4 milligr.
Sulfate de quinine.....	1 décigr.
Ergotine.....	5 centigr.

Pour une pilule. — Une chaque jour.

66. — Traitement des ménorrhagies par l'hydrastine administrée à l'intérieur sous forme de pilules.

Chlorhydrasrate d'hytine.....	0gr.5
Poudre et jus de réglisse.....	q.s.p.f.
Pilules n° 10.	

D. S. — A prendre 1-2 pilules par jour (1 pilule quelques jours avant les débuts des hémorrhagies et 2 pilules pendant toute leur durée).

67. — De la fécondation artificielle comme moyen de corriger certains déplacements utérins, par le Dr M. T. BRENNAN. — *Conclusions.* — 1° La fécondation artificielle me paraît utile, sous toute réserve, dans les déplacements utérins avec adhérences *pas trop fortes* de l'utérus aux parties voisines.

2° Elle me paraît pas devoir être employée lorsqu'il existe les moindres complications inflammatoires.

3° Il faut surveiller attentivement les suites de couches et profiter de l'aide que la grossesse nous a donné pour corriger et maintenir corrigés les déplacements utérins.

4° Il ne faudra employer la faradisation que lorsque l'involution sera complète.

5° Afin de favoriser celle-ci, il faut traiter soigneusement toute subinvolution.

9° Il importe de n'assumer aucune responsabilité au sujet du résultat de l'opération ou des conséquences naturelles ou sociales qui pourraient en résulter.

7° Dans un cas, la durée de la grossesse a été de 264 jours ; dans l'autre, de 273 jours.

8° Le résultat de la fécondation, comme acte opératoire, a été parfait.

9° Comme moyen thérapeutique, elle a favorisé la rupture lente des adhérences et a rendu possible un traitement plus efficace par la suite.

(*L'Un. méd. du Canada.*)

* * *

68. — La méthode de Massarenti dans le traitement des accidents puerpéraux. — On sait que M. le docteur Massarenti emploie l'acide phénique cristallisé dissous dans l'alcool et au maximum de concentration dans le traitement des accidents puerpéraux. Voici comment M. le docteur Bordes, qui a obtenu de bons résultats de cette méthode, la décrit :

La femme étant placée dans la position obstétricale, on fait un lavage vulvaire et vaginal à l'acide borique à 3 %, dissous dans l'eau distillée et mitigée avec de l'eau bouillie. On applique le spéculum de Cusco, grand modèle. On introduit ensuite dans la cavité utérine une grosse sonde d'homme en caoutchouc (n° 12 ou 15). On fait un lavage

de la cavité utérine avec la même solution, jusqu'à ce que l'eau revienne propre. Si l'eau ne ressort pas avec facilité, on introduit une seconde sonde d'un calibre proportionné. On charge alors une seringue de verre d'une capacité d'environ 30 grammes avec l'acide phénique concentré et l'on fait, au moyen de la sonde qu'on a laissée en place, une injection dans la cavité utérine. On laisse alors ressortir tout l'acide phénique qui a pris une coloration blanc opaque, en prenant soin toutefois qu'une certaine quantité d'acide phénique reste pendant quelques minutes dans l'utérus. On fait ensuite un nouveau lavage du vagin qui est souvent ulcéré. Ceci fait, avec un pinceau à long manche trempé dans l'acide phénique, on touche le col utérin qui, souvent, est déchiré et couvert de plaques blanches et on enlève le spéculum en laissant le pinceau dans le vagin pour pouvoir en toucher toutes les parties. On touche enfin avec le pinceau la muqueuse vulvaire et les déchirures de la vulve et du périnée, s'il en existe. Pour éviter que quelques gouttes d'acide phénique ne tombent sur la peau des fesses, on pratique, en finissant, un lavage vaginal prolongé à faible pression avec la solution boriquée. (*Bulletino del le scienze mediche di Bologna*, 1891.)



69.— Les vapeurs de naphthaline dans la coqueluche.

— M. le docteur Chavemac vient d'appeler l'attention sur les avantages que l'on peut retirer de l'emploi des vapeurs de naphthaline dans le traitement de la coqueluche. Le moyen préconisé par cet auteur est très simple : on place 15 grammes de naphthaline dans un vase de faïence que l'on chauffe ensuite très lentement. Les vapeurs qui se dégagent dans l'appartement doivent être argentines et d'odeur agréable. Si l'on chauffe trop fortement et trop vite, la naphthaline brûle et il se dégage des vapeurs fuligineuses qui sont mal supportées. M. Chavemac a reconnu les bons effets de ces vapeurs d'une manière tout à fait accidentelle : son fils, atteint d'une coqueluche très violente, fut entièrement soulagé après avoir respiré de ces vapeurs, pendant une expérience de chimie. Depuis, ce traitement fut employé dans un très grand nombre de cas, et toujours il amena, en quatre ou cinq jours, un très grand soulagement. Quinze jours au plus furent nécessaires pour amener la guérison des cas les plus rebelles.

M. Chavemac croit aussi avoir remarqué que les vapeurs de naph-

taline sont mal supportées par les tuberculeux, même chez ceux dont les lésions sont très minimes. Ces malades toussent aussitôt qu'ils viennent à respirer ces vapeurs et leur toux est alors très prolongée. Aussi, M. Chavemac pense-t-il que, si ce fait était confirmé, il y aurait là un élément de diagnostic différentiel assez important.

(*Bulletin de thérapeutique.*)

* *

70. — Potion contre la pneumonie des enfants.

Musc.....	0 gr. 10 à 0 gr. 20 centigr
Sirop d'opium.....	10 grammes.
Sirop de Tolu.....	30 —
Hydrolat de fleurs d'oranger.....	90 —

F. s. a. une potion à faire prendre par cuillerée à café aux enfants atteints de pneumonie ataxique. — N. G.

(*L'Un. méd.*)

* *

71. — Traitement électrique des tumeurs fibreuses par le tampon. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE propose une méthode de traitement des fibromes utérins qui consiste, au lieu d'introduire une sonde dans l'utérus, à placer sur le col ou dans le vagin une électrode de platine en forme de tampon. L'intensité des courants doit être un peu plus élevée, et il y a avantage à pratiquer des renversements. Cette méthode est simple, indolore, utile même dans les complications ovariennes. Les hémorrhagies, la congestion, les douleurs disparaissent ; le volume de la tumeur diminue surtout quand on se sert de courants renversés. Les résultats ont été surtout favorables chez des femmes de 35 à 40 ans.

FORMULAIRE

—

Traitement de la gastralgie menstruelle. (JULES CHÉRON.)

La gastralgie menstruelle est une affection fréquente et qui mérite l'être bien connue des praticiens, parce que, si on n'y porte remède par des soins appropriés, elle ne tarde pas à devenir continue. Les

crises gastralgiques qui ne se montraient d'abord que pendant les règles, surviennent bientôt pendant la période intercalaire à des intervalles de plus en plus rapprochés, et peu à peu la gastralgie s'établit en permanence. C'est pourquoi, quand on a l'occasion de soigner une femme gastralgique, il est nécessaire d'interroger la malade sur les débuts de l'affection pour établir ses rapports réels avec la menstruation.

La gastralgie menstruelle, comme la plupart des réflexes utérins, est liée le plus souvent à une lésion du canal cervical, qui est, comme je l'ai démontré ailleurs, la zone réflexogène par excellence de l'appareil utéro-ovarien. On trouvera donc ordinairement, à l'examen local, une endo-cervicite avec ou sans ectropions, avec ou sans sténose de l'orifice externe.

Si le médecin est consulté pendant la période des règles, il conseillera, comme médication symptomatique d'attente, la potion suivante :

Bromure de potassium.....	4 grammes.
Teinture d'aconit.....	1 gramme.
Chlorhydrate de morphine.....	2 centigr.
Eau distillée.....	95 grammes.

dont on administrera une cuillerée à café toutes les heures, au moment des crises, jusqu'à sédation de la douleur.

Aussitôt les règles terminées, il faudra faire le traitement local et s'adresser à la cause réelle de la gastralgie réflexe.

Pour cela, on commencera par faire la dilatation, dans le cas de sténose, puis, qu'il y ait eu lieu ou non de dilater, on calmera la zone réflexogène, au moyen du topique suivant :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme.
Eau distillée.....	20 grammes.

porter une petite quantité de cette solution dans le canal cervical à l'aide d'ouate enroulée autour d'un porte-topique de Playfair — laisser en place quatre à cinq minutes.

Ce simple traitement suffira, au bout de peu de jours, à faire disparaître la gastralgie dont la guérison définitive sera obtenue par la guérison de l'affection utérine soit à l'aide des moyens médicaux déjà énumérés dans nos précédents formulaires, soit à l'aide du raclage du canal cervical et de l'excision des ectropions.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'HYSTÉROPEXIE.

II. — DES INJECTIONS ANTISEPTIQUES APRÈS LES ACCOUCHEMENTS.

I. Je demandais dernièrement (1) qu'il fût fait une enquête sérieuse sur les résultats éloignés de l'hystéropexie abdominale pour rétro-déviatiou utérine et qu'on prit la peine de publier les observations des malades examinées un certain temps après l'opération ; je rapportais moi-même un exemple d'hystéropexie solide dans laquelle le résultat orthopédique avait été excellent, tandis que le résultat symptomatique avait été absolument nul, pour ne pas dire mauvais. M. Paul Petit (2) semble partager mes doutes sur l'efficacité de cette opération, les faits qu'il a observés n'étant guère encourageants.

« L'examen de quelques femmes traitées depuis un certain temps par l'hystéropexie, dit M. Petit, m'a mis en garde contre cette opération, et m'a engagé à n'y recourir que dans des cas très spéciaux. L'une avait une énorme éventration. Une autre, que j'ai examinée de beaucoup plus près, avait été

(1) JULES BATUAUD. Sur un cas d'hystéropexie abdominale pour rétroversion utérine (*Soc. méd. de l'Elysée*, 7 mars 1892, et *Revue méd.-chir. des maladies des femmes*, avril 1892).

(2) PAUL PETIT. Du traitement chirurgical de la rétroflexion. (*Société obstétr. et gyn.* avril 1892, et *Journal de méd. de Paris*, 1892, n° 20).

opérée par un maître, celui-là même qui a lancé l'opération chez nous et son cas, l'un des premiers, le deuxième, je crois, qui ait été traité par l'opération en question, a été présenté comme un succès dans les séances de la Société de chirurgie du 16 janvier et du 3 avril 1889. Il s'agit d'une dame Boivin, qui, lorsque je la vis, le 20 novembre 1890, était âgée de 38 ans, et habitait le n° 4 du passage Beaulieu. Elle avait subi, 25 mois auparavant, à l'hôpital Bichat, le 23 octobre 1888, l'extirpation des ovaires qui étaient kystiques sans être adhérents et l'hystéropexie. Cette double intervention fut suivie de trois mois de repos complet, puis les règles ayant reparu malgré l'ablation des annexes, elle fut reprise de douleurs et rentra le 20 février à l'hôpital Bichat, où on lui fit, me dit-elle, l'extirpation de l'utérus. Comme je trouvais le corps utérin à sa place et bien fixé à la paroi, je cherchai le mot de l'énigme dans les comptes rendus de la Société de chirurgie, et j'y lus, à la date du 3 avril 1889, que l'opérateur n'ayant pu se rendre maître de la réapparition des douleurs par les injections de morphine et les douches, crut devoir simuler une hystérectomie vaginale en appliquant trois pinces sur le col. Cette intervention virtuelle produisit, ajoute l'opérateur, l'effet qu'il en attendait, car la malade le quitta entièrement guérie. Malheureusement, cette guérison toute suggestive ne persista pas. Quand je vis la malade, le 20 février 1890, mon attention fut d'abord attirée par un degré très prononcé de colpocèle. Le col utérin était demeuré bien fixé à la paroi, mais un palper bimanuel très ménagé, de simples pressions sur la lèvre antérieure du col arrachaient des cris à la malade. Elle souffrait du reste constamment de sa cicatrice, la douleur s'exagérant dans la station debout, plus encore pendant la marche, irradiant vers les reins, s'accompagnant de dysurie et d'une sensation très pénible de pesanteur à la vulve. Estimant que ces souffrances étaient surtout dues aux tractions exercées de haut en bas par la colpocèle, je proposai à la malade de l'en débarrasser, mais découragée, et avec raison, par l'insuccès de deux interventions successives, elle refusa mon offre, et je ne

la revis plus. J'ai tenu à vous rapporter cette observation en détail pour la raison que la malade ayant été opérée par un homme dont l'habileté chirurgicale est hors de pair, les mauvais résultats de l'opération ne peuvent être imputés qu'à la méthode. »

On a difficilement des renseignements sur les résultats éloignés de l'hystéropexie, ce qui donne une grande importance aux observations telles que la précédente. Le cas de M. Paul Petit est tout à fait semblable à celui que j'ai publié et aux trois cas de mon maître, M. le D^r Chéron. Dans ces cinq observations, le résultat orthopédique est demeuré parfait, le résultat symptomatique au contraire s'est montré médiocre, pour ne pas dire nul. Il n'y a pas lieu de s'en étonner si l'on admet la théorie que j'ai exposée dans le dernier numéro de ce journal.

II. — La *Société obstétricale de France* a tenu sa première session, à Paris, les 21, 22 et 23 avril 1892. Nos lecteurs trouveront plus loin le compte rendu des travaux de cette société; je tiens surtout, pour aujourd'hui, à faire quelques remarques sur une question de pratique journalière, question dont l'importance est trop grande pour nous laisser indifférents, je veux parler des injections antiseptiques après les accouchements.

M. Lancry (de Dunkerque) est venu préconiser l'emploi de l'eau simple pour le pansement des accouchées. Il est d'autant plus urgent de mettre nos lecteurs en garde contre le danger qu'il y aurait à abandonner la pratique des injections antiseptiques, que M. Lancry n'est pas seul à affirmer qu'on peut avoir de bons résultats, en accouchements, sans faire d'antisepsie. Nous voyons en effet depuis quelque temps, paraître, en Allemagne surtout, des statistiques qui tendent à démontrer que les injections antiseptiques sont inutiles et même peuvent quelquefois devenir dangereuses. Hâtons-nous d'ajouter qu'à la *Société obstétricale de France*, M. Lancry n'a pas rencontré un seul adhérent formel, tandis que des hommes autorisés, MM. Pinard, Tarnier, Charpentier, etc., ont tenu à protester

contre ses conclusions. Grâce aux précautions antiseptiques prises jusqu'à ce jour, nous avons vu disparaître les formes graves de l'infection puerpérale jadis si redoutable ; on ne rencontre pour ainsi dire jamais ces cas foudroyants qui ne laissent pas le temps d'intervenir localement d'une manière efficace, mais qu'on y prenne garde, si nous cessons de lutter contre les agents de l'infection puerpérale, ils auront bientôt retrouvé leur virulence ancienne et nous assisterons aux désastres que nous pensions conjurés pour toujours.

Même alors qu'on a la certitude aussi absolue que possible d'avoir conduit l'accouchement d'une façon tout à fait aseptique il est dangereux de ne pas faire d'antisepsie pendant le *post-partum*. Le fait suivant que j'ai pu observer tout dernièrement le prouve de la manière la plus évidente.

Un accoucheur très distingué, malheureusement imbu de cette idée qu'il n'était pas nécessaire de faire de la désinfection après un accouchement aseptique, s'était opposé à ce qu'on fit des injections antiseptiques à la nouvelle accouchée. Au bout de huit jours la température s'élevait, l'infection commençait et devenait de plus en plus évidente, si bien que le 15^e jour on se trouvait en présence d'une septicémie grave (41°, délire, pétéchies, etc.), qu'on ne put arrêter que par deux curettages faits à quelques jours de distance, et qui laissa, pendant deux semaines, la malade entre la vie et la mort.

La pratique la plus sage est donc la suivante : Prendre les plus grandes précautions antiseptiques pendant l'accouchement. Aussitôt après la délivrance, faire, si on a dû pratiquer une intervention telle que application de forceps ou version, etc., une injection intra-utérine suivie d'une injection vaginale ; si l'accouchement a été bien naturel, l'injection vaginale bien faite peut suffire. Dans les jours qui suivent l'accouchement jusqu'au retour de couches, faire deux injections vaginales par jour, si la température, prise matin et soir, reste normale. A la moindre élévation de température, il conviendra de répéter plus souvent les injections vaginales et, sans hésiter, de faire une injection intra-utérine. Si, mal-

gré les injections intra-utérines et vaginales répétées toutes les deux ou trois heures, la fièvre ne tombait pas ou, si on était appelé trop tard, alors que l'infection existerait depuis plusieurs jours et que l'état général fût grave, il faudrait, sans tarder, pratiquer un curettage soigneux de la cavité utérine, curettage suivi naturellement d'injections intra-utérines répétées. Il pourra même être nécessaire, dans quelques cas, comme dans l'observation qui précède, alors que la température n'est pas complètement revenue à la normale et qu'elle tend à s'élever de nouveau après quelques jours d'amélioration, de faire un second curettage pour obtenir une désinfection locale complète. Dans l'intervalle des injections, on laisse une bandelette de gaze iodoformée dans le vagin. Quant à la solution antiseptique à employer, M. Chéron donne la préférence à l'acide phénique à 1 %, dont il se sert presque exclusivement, sauf contre-indication spéciale. Il conseille du reste, si on doit faire de nombreuses injections, de varier d'une fois à l'autre l'antiseptique employé, afin d'éviter les intoxications: acide phénique à 1 %, acide borique à 4 %, sublimé à 1/4000, sulfate de cuivre à 5 0/00, etc.

En résumé, il faut toujours avoir présente à l'esprit la possibilité d'une infection puerpérale, malgré toutes les précautions prises pendant l'accouchement; les injections antiseptiques sont un bon moyen prophylactique qu'il est imprudent de négliger, même en dehors de toute complication; si une infection survient malgré tout — une auto-infection est toujours possible — il faut augmenter le nombre des injections vaginales, faire des injections intra-utérines, et enfin recourir au curettage, si la fièvre ne tombe pas à la suite des injections intra-utérines.

JULES BATUAUD.

APPLICATION DE LA GALVANO-CAUSTIE THERMIQUE

à la gynécologie,

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(Suite.)

RECHARGE DES ACCUMULATEURS

J'aborde maintenant une question de la plus haute importance, et sans la solution de laquelle l'accumulateur le mieux construit, le plus parfait devient à peu près inutile pour le chirurgien. Je veux parler de la recharge des accumulateurs.

Quand un accumulateur a épuisé sa provision, il faut le recharger.

Je ne parlerai pas ici de l'emploi des machines dynamos. C'est une opération toute industrielle, nullement pratique pour le chirurgien.

Restent les piles voltaïques. C'est en effet là que se trouve la solution du problème, mais elle n'est pas exempte de difficulté.

Sans fatiguer le lecteur par la description des tentatives diverses que j'ai faites pour arriver à ce résultat, il n'est guère de piles dont je n'ai fait l'essai dans ce but.

Je n'en signalerai que les principales et je terminerai cette notice, en indiquant, parmi celles-ci, celle à laquelle je donne la préférence.

Quelles sont d'abord les conditions que doit présenter une pile primaire, propre à la recharge des accumulateurs. Il faut considérer deux facteurs : la force électro-motrice de la pile de charge et l'intensité du courant fourni par celle-ci.

La force électro-motrice moyenne doit être plus grande que celle de l'accumulateur, puisque ce dernier et la pile primaire sont mis en opposition ; il faut environ 2 volts, 5 à 3 volts pour effectuer convenablement la charge.

Quant à l'intensité du courant, elle varie avec le temps dont on dispose pour la charge. Dans la pratique il est préférable de faire débiter à la pile un courant d'une intensité variant entre 8 et 12 ampères (de borne à borne). Dans ces conditions, la recharge des accumulateurs du galvanocautère s'effectue dans un laps de temps de 12 à 20 heures.

Ceci posé, quelles sont les piles remplissant plus ou moins les conditions ci-dessus ?

J'ai fait à cet égard bien des essais : l'élément au sulfate de mercure, celui au sulfate de cuivre, disposé comme le conseille M. Regnier, le même élément avec la disposition grillagée, l'élément à oxyde de cuivre de MM. Lalande et Chaperon ont été tour à tour expérimentés.

La pile au sulfate de mercure ne m'a pas donné les résultats que j'en espérais.

L'élément au sulfate de cuivre à grand débit m'a donné de bons résultats ; mais son emploi n'est pas commode au point de vue particulier où j'étais placé et les manipulations fréquentes qu'il demande le rendent incompatibles avec les exigences médicales. Les mêmes observations s'appliquent à la pile de MM. Lalande et Chaperon.

Pile thermo-électrique. — Un autre genre d'éléments a été également l'objet de mes études : c'est la pile thermo-électrique.

On se rappelle que, dans les appareils de ce genre, le courant électrique est produit par la différence de température des points de réunion de métaux de diverses natures.

Ces instruments étaient restés jusqu'alors confinés dans les laboratoires. Dans ces derniers temps, des perfectionnements sérieux leur ont été appliqués, et on a pu construire des piles thermo-électriques peu volumineuses, donnant un courant parfaitement utilisable, et que l'industrie de la galvanoplastie du cuivre, de l'argent et de l'or a accueilli avec faveur.

C'est un appareil semblable dont je me suis servi (fig. 15 ter). Il a 90 éléments, marche au gaz et donne avec une pression de 4 à 5 volts, un courant d'une intensité moyenne de 5 ampères (de borne à borne).

Cet appareil, malgré tous les avantages qu'il présente et qui en faisaient, pour le praticien, l'instrument par excellence pour la recharge des accumulateurs, ne m'a pas donné tous les résultats qu'il promettait.

Malgré son bon fonctionnement apparent, la charge qu'il donne aux accumulateurs n'est pas régulière.

Aussi ai-je dû y renoncer

En fin de compte, je me suis retourné vers les piles à acide chromique ; mais avant de donner la description de mon installation pour la recharge des accumulateurs du

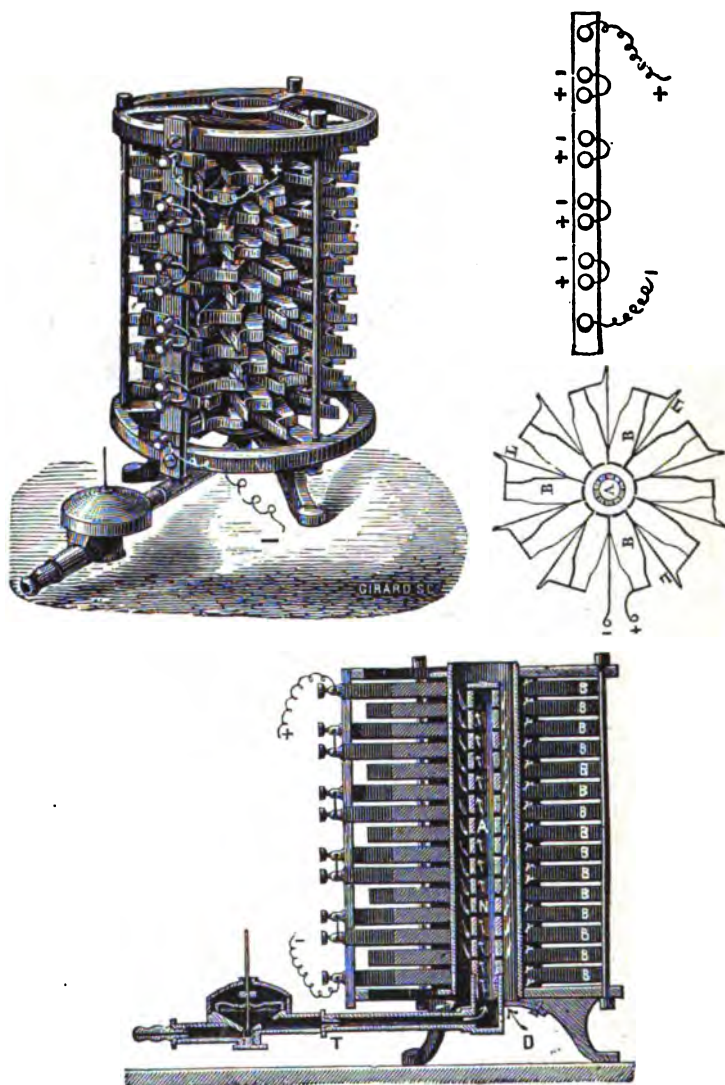


Fig. 15 ter.

galvanocautère, j'aborderai ici la question intéressante de la conservation de la charge.

Comme je le disais au début de ce travail, l'accumulateur

une fois chargé, ne conserve sa charge que pendant un temps, variable avec les circonstances, mais n'excédant pas toutefois quelques semaines.

D'après quelques expériences, faites à cet égard, un accumulateur perdrait, en 24 heures, 3 % environ de sa charge. Pour le praticien, il est de toute nécessité d'avoir un galvanocautère dont les accumulateurs soient toujours prêts à fonctionner.

J'ai eu l'idée de mettre mes accumulateurs, pendant les périodes de repos, en opposition avec une pile constante d'un faible débit, facile à entretenir et à surveiller. La pile au sulfate de cuivre est celle à laquelle je me suis arrêté. J'ai combiné un élément de cette pile dans lequel j'ai groupé ce qu'il y a de commode et de pratique dans les divers modèles établis jusqu'à ce jour.

Mon installation se compose donc :

1° D'une pile de charge proprement dite (fig. 16), formée

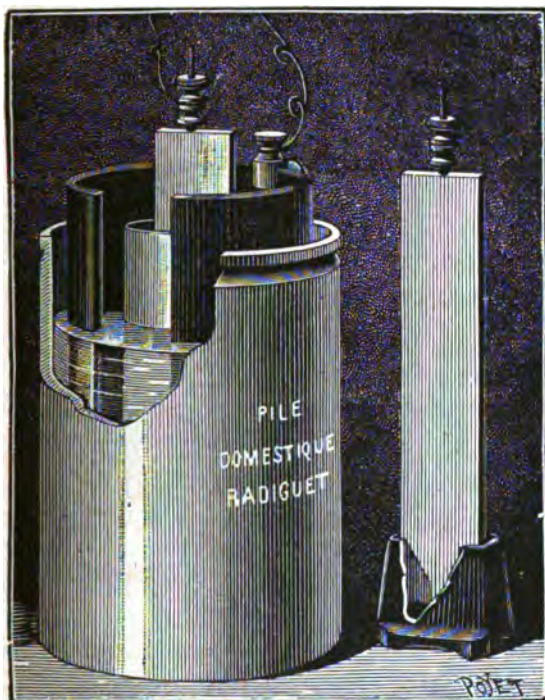


Fig. 16.

de deux éléments avec bichromate de soude à vase poreux et à surface dépolarisante très grande (1).

Chaque élément se compose :

D'un vase de grès contenant un cylindre de charbon et un vase poreux ; dans le vase poreux est une plaque de zinc amalgamé, dont le bas baigne dans du mercure contenu dans une petite cuvette à parois inclinées. Cette cuvette a une importance capitale ; elle évite l'encrassement de la surface du mercure et permet de conserver l'amalgame du zinc.

2° De quatre à six éléments Daniell avec ou sans vase poreux, ces derniers rappelant la disposition des éléments Siemens.

Dans l'élément Siemens (fig. 17) le cuivre est à la partie

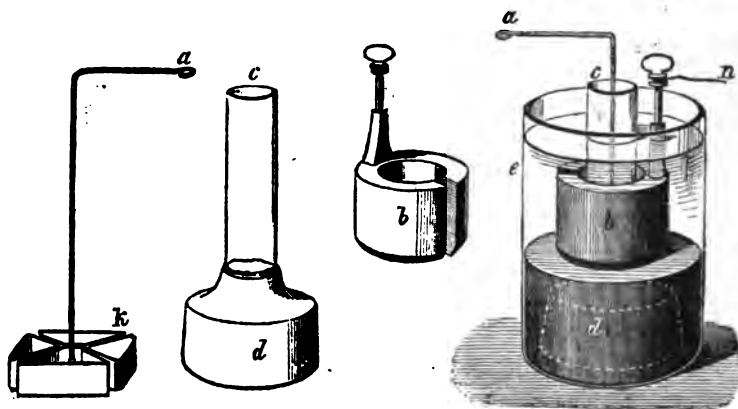


Fig. 17.

inférieure du vase de verre; le vase poreux présente la forme d'une cloche portant au centre un tube de verre par lequel passe le fil de cuivre qui aboutit à l'électrode de cuivre et qui est le pôle positif de l'élément. Ce tube de verre, très large, permet l'introduction facile des cristaux de sulfate de cuivre. Le vase poreux soutient une masse de pâte de papier que, pour ce cas particulier, j'ai remplacé par du petit gravier.

Le zinc placé à la partie supérieure de l'élément, est un cylindre épais, surmonté d'une tige de cuivre, ayant à son

(1) Nous renvoyons nos lecteurs, pour la formule des liquides, excitateur et dépolarisant, au n° de juillet 1886, *Rev. médico-chirurgicale des maladies des femmes*.

extrémité une rondelle et un bouton, qui se visse sur la tige.

3° D'un galvanoscope, ou mieux d'un voltamètre, tel que le construit M. GaiFFE (fig. 18), pouvant à l'aide d'un commutateur être intercalé dans le circuit des éléments Daniell. Ces derniers doivent fournir avec cet appareil, que l'on aura garni avec une solution concentrée de sel marin, un centimètre cube et demi de gaz dans une minute.

C'est une vérification qu'il est facile de faire de temps à autre, et les indications de cette petite expérience sont plus utiles que celles fournies par le galvanomètre.

Si la pile au sulfate de cuivre donne un volume de gaz inférieur à 1/2 cent. cube, dans une minute, il y a lieu de vérifier l'état de celle-ci, soit rajouter du sulfate, soit changer le liquide qui entoure le zinc que l'on remplacera par de l'eau

ordinaire. Cette dernière nécessité ne se présente d'ailleurs qu'à intervalles très-éloignés, de sorte que l'entretien des éléments Daniell est des plus simples ; un peu d'eau de temps à autre, et quelques cristaux de sulfate de cuivre.

Voici comment je fais usage de cet ensemble de piles.

Si l'accumulateur a peu fonctionné, on se contente de le mettre en opposition, comme pour la charge, avec les éléments Daniell (1).

Il en résulte que la charge restante dans l'accumulateur ne se perd pas, mais encore, il se produit une recharge

lente, il est vrai, mais qui n'en existe pas moins ; de telle

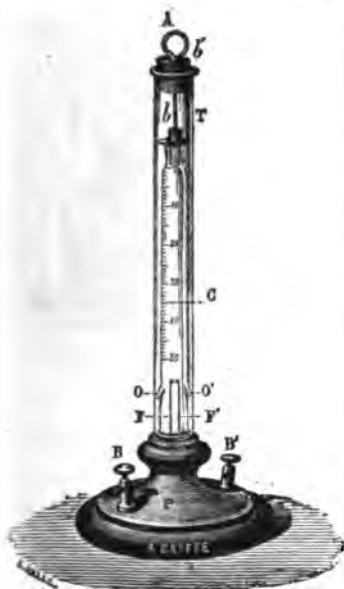


Fig. 18.

(1) On pourrait arriver au même résultat, c'est-à-dire à s'opposer à la déperdition de la charge et au besoin à réparer les pertes subies par l'accumulateur, en utilisant les propriétés des transformateurs, ce qui permettrait de réduire notablement le nombre des piles employées.

sorte que si le galvanocautère reste plusieurs jours sans fonctionner, il reprend sensiblement sa charge initiale.

Si, maintenant, l'usage qu'on a fait du galvanocautère l'a à peu près complètement déchargé, il serait illusoire de songer à le recharger comme précédemment. Cela demanderait un laps de temps beaucoup trop considérable, et au cours duquel le chirurgien pourrait avoir besoin de l'instrument. Il faut alors faire usage des deux éléments au bichromate de soude et en 10 à 15 heures, les accumulateurs du galvanocautère se trouvent rechargés. S'ils ne doivent pas être employés tout de suite, on les remet en opposition avec les éléments Daniell, jusqu'au moment de s'en servir.

De cette manière le praticien, trouve son galvanocautère toujours prêt à fonctionner.

CAUTÈRES GALVANIQUES

Je vais, en dernier lieu, passer en revue les divers cautères employés.

Ces cautères, quelle que soit leur forme, se fixent à volonté sur un manche qui les met en relation avec les conducteurs amenant le courant galvano-thermique.

Manche galvanique. — Le manche galvanique, dont on a modifié la forme de bien des manières, se compose essen-

Cette question toute nouvelle, est encore à l'étude et sera l'objet d'un prochain travail. Je vais cependant en dire quelques mots.

La bobine de Ruhmkorff est le plus ancien des transformateurs, dont elle représente une forme spéciale, modifiant à volonté, suivant les cas, les deux facteurs d'un courant, intensité et force électromotrice, suivant la nature et les rapports des circuits inducteur et induit.

Les transformations peuvent s'effectuer avec cet appareil, en utilisant soit l'extra-courant, soit les phénomènes d'induction mutuelle. Le premier seul nous intéresse pour le cas actuel.

L'extra-courant, ou self-induction, n'est autre chose que l'induction d'un courant sur lui-même. Il se produit toutes les fois qu'on interrompt le passage d'un courant électrique circulant dans un certain nombre de spires métalliques. La cessation n'ayant pas lieu instantanément dans toutes les spires à la fois, le courant cesse d'exister dans une spire avant de cesser dans la suivante, et ainsi de suite. D'après ce que l'on sait des spires suivantes, donnant naissance à un courant induit de rupture, ayant par suite le même sens que le courant principal, mais possédant une force électro-motrice élevée.

M. Hospitaller a décrit, dans l'*Electricien*, une expérience faite avec

tiellement de deux fortes tiges de cuivre, logées séparément dans deux gouttières creusées dans l'épaisseur d'une plaque d'ébène. Ces deux tiges dépassent une des extrémités du manche et reçoivent les conducteurs. A l'autre extrémité, ces mêmes tiges présentent chacune une pièce cylindrique forée et munie d'une vis ou d'un coulant de pression. C'est là que viennent s'adapter les différents cautères.

Tel est, en principe, le manche galvanique. Les constructeurs ont l'habitude de le munir d'une pédale, permettant d'interrompre ou d'établir à volonté le courant. Il me paraît préférable d'avoir cette pédale sur l'appareil producteur du courant, surtout quand ce dernier est un accumulateur.

Manche de Seré. — Un autre modèle de manche est celui que l'on doit à M. de Seré. Il a pour but de graduer la température des cautères. Il se compose de deux tiges de maillechort et de deux tiges de cuivre, parallèles entre elles et alternées.

Elles sont solidement assujetties dans leur position à leurs extrémités par deux blocs d'ivoire. Les cautères se fixent, à une extrémité de ce système, aux tiges de maillechort et les conducteurs, du côté opposé, aux tiges de cuivre. Deux coulants métalliques mettent chacun en communication une tige de cuivre et une tige de maillechort. On voit de suite,

une bobine de Ruhmkorff, qui met bien en évidence le parti que l'on peut tirer de la self-induction ou extra-courant.

On prend une pile dont la force électro-motrice est insuffisante pour alimenter directement une lampe à incandescence, mais qui peut, dans les conditions de puissance maxima, donner une énergie (exprimée en wats; le wats étant le produit de l'intensité par la force électro-motrice), supérieure à celle qu'exige la lampe pour fonctionner normalement. Cette pile est reliée à l'inducteur d'une bobine de Ruhmkorff et la lampe est placée en dérivation sur les bornes de l'inducteur. Lorsque la bobine fonctionne, la lampe devient incandescente, parce que, du moment de l'ouverture du circuit par le trembleur, l'extra-courant, dont la force électro-motrice est très élevée, est assez intense pour produire cette illumination. Le rapport entre la force électro-motrice de l'élément seul et celui que l'on peut obtenir de la sorte est sensiblement égal à $1/8$.

On voit d'après cela, qu'il est possible, d'obtenir, en vue de la charge des accumulateurs, avec un ou deux éléments Daniell de dimensions voulues et un transformateur par induction approprié, les effets que donnent les cinq à six éléments de même type dont nous faisons usage. C'est une question sur laquelle j'aurai à revenir.

qu'avec ce dispositif, on fait varier la température du cautère, en rapprochant ou en éloignant de lui le coulant métallique, puisque on diminue ou on augmente la résistance du circuit, ou, ce qui revient au même, puisque on augmente ou on diminue l'intensité du courant.

Manche de Trouvé. — Afin de restreindre autant que possible, l'espace occupé en largeur par les tiges porte-cautères, M. Trouvé a modifié le manche galvanique de la façon suivante (fig. 19) :

Les deux tiges de cuivre sortent d'un côté du manche, séparées l'une de l'autre pour recevoir les conducteurs ; mais, de l'autre côté, elles sont soudées, dans l'intérieur du manche A. à un système de deux tubes concentriques et inégaux en longueur. Ces tubes sont séparés par une matière isolante.

Ce système reçoit le porte-cautères, formé d'une tige pleine N, occupant le centre d'un tube M, dont un isolant la sépare. A une extrémité se trouvent deux petites pièces à vis J, K, qui reçoivent le cautère. L'autre extrémité que le tube M, ne recouvre pas entièrement, s'engage dans le manche. Une pédale à ressort I, permet l'interruption ou le rétablissement du courant.

* * *

En se rapportant aux principes de physique que j'ai mentionnés au début de ce travail, on voit que dans le circuit complet formé par la pile ou l'accumulateur, les conducteurs et le cautère, c'est ce dernier qui doit offrir la plus



Fig. 19.

grande résistance possible au passage de l'électricité.

Parmi les métaux présentant la plus grande résistance spécifique, nous avons le fer et le platine.

Le fer, très-bon marché et un peu plus résistant que le platine, ne peut être d'un emploi général.

Il est beaucoup plus fusible que ce dernier métal et s'oxyde avec rapidité. En outre, sa ténacité diminue extrêmement avec la température, phénomène bien moins marqué avec le platine.

Tout au contraire, la haute température à laquelle fond le platine (2000 degrés), température que l'on a rarement besoin d'atteindre, son inaltérabilité et sa résistance à la rupture le désignent, malgré son prix élevé, comme le métal par excellence pour la fabrication des cautères.

Le platine est livré industriellement sous deux états : dur ou mou.

Sous la première forme, le platine offre une rigidité que la température modifie peu. C'est le métal propre à la construction des couteaux, flèches, serpettes, etc.

Le platine mou est employé pour les anses.

Les principales formes que l'on peut donner aux cautères sont celles de couteaux droits ou courbes, de flèches, et d'autres cautères de forme spéciale appropriée à des cas particuliers.

Couteau galvanique. — Le couteau galvanique se compose (fig. 20) de deux tiges de cuivre c, c' isolées dans leur longueur par une plaque d'ivoire. Des goupilles d'ivoire maintiennent le système.

Les extrémités cc' se fixent au manche galvanique ; à l'autre extrémité de l'ensemble très-aminé des tiges de cuivre, est soudé le fil de platine aplati qui constitue le couteau proprement dit. La soudure est en effet préférable à l'ancien procédé qui consistait à serrer le cautère de platine avec deux vis, elle donne un contact plus parfait.



Fig. 20



Fig. 21

Flèche. — La flèche galvanique (fig. 21) est constituée par un fil de platine dur, de 9 à 11 dixièmes de millimètre de diamètre, recourbé, et dont les deux branches parallèles que rougit le courant ne sont qu'à une faible distance l'une de l'autre.

La flèche a une longueur totale de 30 à 35 millimètres et son extrémité est très-effilée.

Elle est soudée, comme le couteau aux extrémités de deux conducteurs *c, c'*, isolés entre eux, et qui s'adaptent aux manche galvanique.

Cautère proprement dit. — Il existe deux genres de cautères : celui qui est constitué par une simple hélice de platine (P. fig. 19) et celui dans lequel cette hélice est enroulée sur une olive de porcelaine.

Ce dernier genre de cautère présente un certain avantage : s'il est plus long à rougir que le cautère en hélice simple ; il conserve en revanche plus longtemps sa chaleur et les escharres qu'il produit sont plus épaisses et s'éliminent plus lentement ; toutes conditions, comme on sait, des plus favorables.

Anses galvaniques. — Il me reste maintenant à parler de l'anse, qui, en galvano-caustie thermique, est le principal instrument à employer. Les applications en sont nombreuses : Tumeurs externes ou intra-cavitaires peuvent, à un moment donné, être justiciables de l'anse galvanique.

Si la tumeur (polype ou production de toute autre nature) est pédiculée, l'ablation par ce moyen en est des plus simples, le fil de platine venant s'enserrer graduellement autour du pédicule.

Si, au contraire, la tumeur présente une base d'implantation plus large, il n'y a pas, pour cela, contre indication à l'emploi de l'anse galvanique, qui, par sa constriction énergique, dont on peut, d'ailleurs, faire varier la puissance, forme à la tumeur un pédicule artificiel avant d'en opérer la section.

Dans le cas où la tumeur à enserrer est externe et par trop volumineuse, la rupture de l'anse serait à craindre, en rai-

son du très grand effort mécanique à développer pour opérer la pédiculisation. J'ai imaginé, dans ce cas, un appareil spécial, le forcipresseur à lames parallèles qui permet d'obtenir à la fois l'ischémie chirurgicale et la pédiculisation des tumeurs (1).

L'anse galvanique est essentiellement formée d'un fil de platine mou, d'un diamètre variant, suivant les cas, de six à douze dix-millièmes, et d'une longueur maximum de 15 à 18 centimètres. Ce fil est employé en anse à l'aide du dispositif suivant (G fig. 19). Deux tubes-gouttières soudés aux extrémités du porte-cautère permettent au fil de platine de glisser à frottement doux. Les extrémités libres du fil de platine viennent s'enrouler sur le barillet M (fig. 19). Au fur et à mesure de la rotation du barillet, l'anse portée au rouge sombre par le courant du galvano-cautère, se rétrécit de plus en plus et sectionne hémostatiquement la tumeur. La fig. 22 montre une autre disposition de l'anse.

Telle est la disposition classique de l'anse galvanique que l'on retrouve encore dans la figure 22.

Acceptable dans les cas de tumeurs externes, elle est défec-

(1) Cet instrument est formé par deux casseaux ou lames parallèles, en gayac, en buis, en ivoire ou en os, de longueur, de largeur et d'épaisseur variables, traversées sur la tranche, à leurs extrémités par deux tiges d'acier, passant librement dans les trous percés dans ces deux lames.

A chaque extrémité, se placent deux pinces à crémaillère qui rapprochent et maintiennent, complètement appliquées l'une contre l'autre, les deux lames de gayac ou d'autres substances, lorsque les crémaillères sont accrochées. Les mors des pinces sont percés à leur centre d'un trou qui laisse passer librement la tige d'acier. L'écartement laissé entre les deux mors de chaque pince, lorsque la crémaillère est accrochée est égal à la largeur des deux lames.

Dans ces conditions, pour se servir de l'instrument, on dispose à la base de la partie qu'on veut pédiculiser, les deux casseaux parallèles munis de leurs tiges d'acier, puis on place les deux pinces, et par des mouvements alternatifs de serrement et de relâchement, pratiqués avec l'une et l'autre pince, les deux lames font une espèce de massage qui diminue peu à peu, l'épaisseur du pédicule.

Lorsque cette épaisseur est réduite à quelques millimètres, on accroche les crémaillères par un mouvement lent ou brusque, suivant la résistance des parties, et la tumeur se trouve pédiculisée.

Chaque pince étant mobile autour de la pince d'acier qui traverse

tueuse dans ceux où la tumeur, située dans les cavités profondes, présente une base assez large. Voici pourquoi :

L'anse étant mise en place autour de la tumeur, au fond de la cavité occupée par celle-ci, il se trouve que le plan de l'anse est sensiblement perpendiculaire à l'axe du manche galvanique et du porte-anse. En tournant le barillet et par suite en tirant sur l'anse, on sollicite l'anse à se placer dans le prolongement du manche galvanique.

La section de la tumeur a lieu par suite en sifflet, ce qui constitue un mauvais procédé opératoire.

Porte-anse Chéron. — J'ai fait modifier la disposition de l'anse de la manière suivante : les tubes glissières y' , au lieu d'être droits, sont courbes (fig. 23).

Il s'ensuit que la direction de la portion du fil de platine qui enserre la tumeur, ne change pas et que par conséquent la section de la tumeur reste bien perpendiculaire à l'axe de celle-ci.

En outre, dans l'ancienne disposition, les deux chefs du fil étant entraînés ensemble dans la rotation du barillet, l'anse agit à la manière du serre-nœud de Maisonneuve, en *écrasant* la tumeur. Tout au contraire, dans la disposition dont je fais usage, une des extrémités du fil est fixé près la vis V, l'autre seule est mobile et suit l'entraînement du barillet. De cette façon,

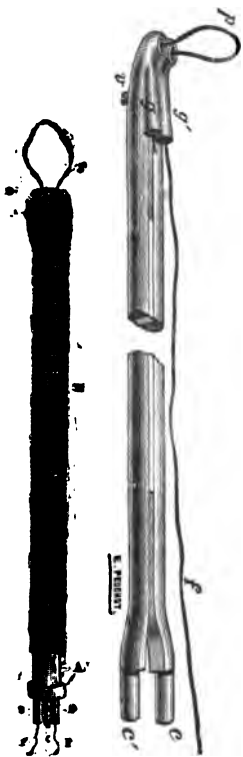


Fig. 22

Fig. 23.

ses mors est confiée aux aides, et l'une et l'autre servent avec avantage à diriger la tumeur, à l'abaisser ou à la maintenir, suivant le désir du chirurgien ou les besoins de l'opération.

La portion de la tumeur ainsi séparée par le forcipresseur à lames parallèles, est, au premier moment turgide et violacée, mais peu à peu, elle pâlit et devient moins résistante.

La douleur perçue par la malade est instantanée, elle dure quinze à vingt secondes et est très supportable.

Le forcipresseur à lames parallèles est laissé en place pendant une

l'anse, tout en exerçant une constriction sur la tumeur, d'un callement sur elle, et sectionne ainsi de la manière la plus nette.

Pour les polypes intra-utérins, j'ai appliqué à l'anse galvanique la disposition de Gooch. Deux tubes (fig. 24) minces

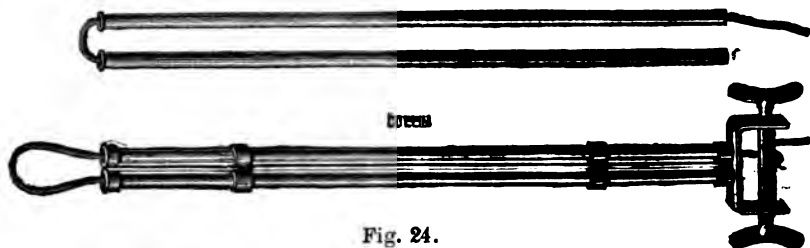


Fig. 24.

en cuivre, recouverts sur presque toute leur longueur par un vernis à base de silicate de potasse et indépendants l'un de l'autre, peuvent à un moment donné être fixé sur le manche galvanique S, par une de leurs extrémités. A l'autre extrémité légèrement recourbée de l'un de ces tubes est fixé par une vis de pression un des chefs de l'anse de platine, tandis que par l'extrémité libre de l'autre tube, on introduit le second chef de l'anse, qui après avoir traversé ce tube dans toute sa longueur, vient se fixer au barillet.

Ainsi disposée, l'anse galvanique est facile à introduire dans la cavité utérine, préalablement dilatée bien entendu, et l'indépendance des deux tubes, porteurs de cette anse, permet d'appliquer sans difficulté celle-ci autour du pédicule des tumeurs intra-utérines. Une fois la tumeur enserrée par le fil de platine, les tubes sont adaptés aussitôt au manche galvanique. On fait passer le courant et on tourne progressivement le barillet jusqu'à section complète de la tumeur.

Le barillet ne permet pas de se rendre compte de la dimi-

dizaïne de minutes ; à ce moment le tassement de la partie étranglée est arrivé à son maximum, l'ablation de la tumeur peut être faite, soit avec le bistouri, soit avec le galvano-cautère. Je donne la préférence à ce dernier moyen, qui offre sur l'instrument tranchant, les avantages que nous aurons souvent à mentionner : absence d'hémorrhagie, facilité de la réunion immédiate, grande rapidité d'action.

La production d'une escharre mince ou épaisse, qui maintient en contact les lèvres de la plaie, permet d'établir une suture au premier moment, sans mettre à l'air les parties profondes.

nution de longueur de l'anse et par suite du degré de section de la tumeur à chaque instant. Il est utile dans ce cas de se servir du chariot de Leiter ou de celui que j'ai imaginé dans ce but (fig. 25).

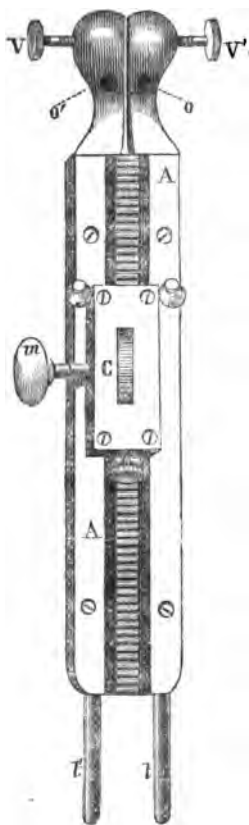


Fig. 25.

C'est un manche galvanique plat dont chacune des faces est creusée en gouttière, au fond de laquelle est fixée une crémaillère.

Un chariot *C*, mobile sur les deux glissières *A*, dont l'une est divisée en centimètres, porte une roue dentée engrenant avec la crémaillère et qui permet, à l'aide du bouton *M* de faire avancer ou reculer le chariot. Ce dernier étant placé au sommet du manche et les fils de platine enserrant la tumeur, on opère la traction en faisant reculer le chariot et le chemin qu'il parcourt indique à chaque instant la quantité dont l'anse s'est rétrécie.

Anse à double chef de Chéron. —

Je termine l'histoire des anses galvaniques, en signalant une disposition particulière que j'ai créée, il y a une quinzaine d'années, en vue de l'amputation du col utérin dans l'hypertrophie intravaginale.

Cette opération, pratiquée déjà avec l'anse galvanique primitive, n'a pas donné tous les résultats qu'on pouvait en attendre.

On peut, comme je le faisais remarquer plus haut, reprocher à cet instrument de ne pas couper exactement la partie saisie, de faire une section oblique, de nécessiter l'emploi du spéculum plein, qui ne donne qu'un champ très limité, souvent très insuffisant pour embrasser le col hypertrophié, et d'être, en outre, d'un maniement peu facile.

Pour obvier aux inconvénients que je viens de mentionner, je fis construire un instrument d'un emploi plus com-

mode et remplissant mieux le but proposé. En voici la description :

Sur le manche ordinaire (fig. 26) qui sert à porter les diffé-

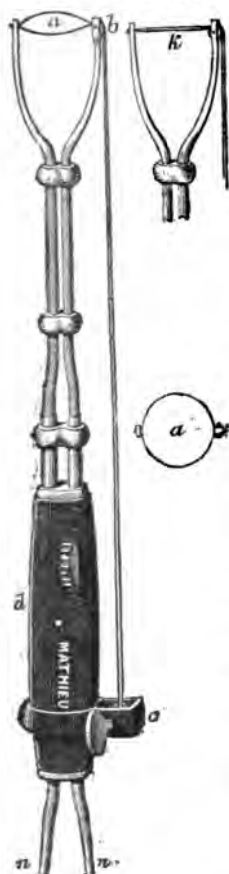


Fig. 26.

rentes pièces employées en galvano-caustie thermique, se monte une double branche métallique dont les extrémités s'écartent plus ou moins l'une de l'autre.

Un fil double, en platine, forme une anse à laquelle on peut donner les dimensions nécessaires à l'enserrement du col.

Ce fil passe en *b* sur un galet vertical, sorte de petite poulie qui favorise le glissement, et, longeant ensuite le manche, il vient s'enrouler sur un barillet qu'on peut enlever à volonté pour placer les cautères, les couteaux, etc.

Lorsque le col ou toute autre partie est prise dans l'anse, les réophores du galvano-cautère étant placés en *n n*, celle-ci devient rouge; le chirurgien qui fait tourner le barillet, rapprochant peu à peu les deux parties de l'anse, les applique bientôt l'une contre l'autre, comme on les voit en *k*, et l'amputation est faite par ces deux portions de fil qui s'avancent l'une vers l'autre, à la manière de deux lames de ciseaux. Avec un semblable instrument, l'ablation des

cols hypertrophiés m'a toujours donné les meilleurs résultats; la section a été aussi nette que si elle eût été pratiquée dans un corps dur avec une scie très fine.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 mars 1892.

DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE.

M. A. GUÉRIN répond à M. Hervieux. Toute son argumentation dit-il, repose sur des hypothèses, ses statistiques de la Maternité sont loin d'avoir la signification qu'il leur donne. « La grande mortalité des femmes en couches étant, dit-il, en rapport avec le nombre des accouchements prématurés, si la cause de la mortalité a été l'intoxication puerpérale, c'est à la pénétration du même agent toxique qu'il faut attribuer les mouvements correspondants de l'accouchement prématuré », et notre collègue, se demandant comment la pénétration de l'agent toxique s'est opérée, il n'hésite pas à se prononcer pour la voie pulmonaire.

M. Guérin veut bien admettre l'influence d'un air vicié sur l'avortement, puisque M. Hervieux affirme que cela résulte de ses statistiques ; mais de là à dire que c'est par la peau et les voies pulmonaires que l'agent toxique s'est introduit, il y a loin. M. Hervieux est-il bien sûr que les femmes qui ont accouché prématurément n'avaient aucune lésion des voies génitales ? Il faudrait, à ce sujet, des renseignements précis pour que la statistique eût quelque valeur scientifique. La grossesse prédispose aux ulcérations du col de l'utérus. M. Hervieux a-t-il examiné toutes ces femmes au spéculum ? S'il n'a pas fait cet examen, ses statistiques sont sans valeur ; s'il l'a fait, cette pratique a dû avoir une certaine influence sur les accidents observés.

Les observations sur lesquelles s'appuie M. Hervieux ont été prises avant 1872, c'est-à-dire à une époque où l'antisepsie était inconnue à la Maternité.

Si l'on songe à toutes les précautions considérées par M. Tarnier comme indispensables, on comprendra que tous les organes génitaux des femmes qui entraient à la Maternité avant la pratique de l'antisepsie, étaient une voie toujours ouverte aux agents septiques, dont tous les ustensiles de la toilette étaient imprégnés. Pourquoi les agents toxiques de la septicémie seraient-ils si facilement absorbés

par la peau et par les cellules pulmonaires dans les salles d'accouchement, quand jamais pareille observation n'a été faite dans les salles de chirurgie où l'infection purulente faisaient des ravages qui n'étaient pas moindres qu'à la Maternité, et, dans nos services, il y avait à peu près autant de femmes que d'hommes.

M. Hervieux cite le travail de Lorain, qui a décrit la fièvre puerpérale des nouveau-nés ; les phlébites ombilicales, les péritonites et les pleurésies suppurées, indiquées dans ce travail, disent assez que c'est par la plaie du cordon que l'empoisonnement s'est produit.

M. Hervieux s'est abrité derrière un nom qui fait justement autorité dans la science ; il cite des opinions de M. Bouchard, qu'il regarde comme des arguments irrésistibles. M. Guérin regrette que M. Bouchard n'ait pas apporté lui-même les faits invoqués par M. Hervieux. Il le regrette d'autant plus, qu'il lui paraît impossible que M. Bouchard et M. Hervieux leur donnent la même signification. Il soupçonne même M. Hervieux de ne pas avoir compris ce que la diapédèse peut faire dans la question, et il avoue n'être pas plus avancé que lui. La seconde citation est plus compréhensible : M. Bouchard a dit à M. Hervieux que « les surfaces normales par lesquelles peut pénétrer le streptocoque virulent, sont le pharynx et en particulier les amygdales, l'intestin, et en particulier les plaques de Peyer, la surface des alvéoles pulmonaires ; il peut aussi pénétrer par les points les plus divers où le tégument externe est excorié ou altéré : écorchures de la peau, sillon d'élimination du cordon, etc. »

Quelques-unes de ces assertions sont conformes à ce qui est admis par tous les chirurgiens ; mais M. Guérin regrette que M. Hervieux n'ait pas demandé à M. Bouchard comment il est arrivé à démontrer que les microbes pénètrent par la surface des alvéoles pulmonaires ; il voudrait demander à M. Bouchard par quelle expérience il a vu cette pénétration, qui est en contradiction formelle avec la clinique.

M. Guérin demande qu'on lui prouve que les microbes ont pénétré dans l'organisme par des alvéoles pulmonaires parfaitement saines. Des études, qu'il a faites cet été à l'amphithéâtre de l'École de médecine, lui ont permis de s'assurer que rien n'est plus rare que des poumons sains.

Il n'y a qu'une expérience sur les animaux vivants, qui puisse fournir la preuve de la pénétration des microbes pathogènes par la voie

pulmonaire. Il serait bien surprenant qu'elle n'eût pas été déjà tentée. Si elle l'a été, elle a dû être négative, car on se serait hâté de faire connaître le résultat, si l'on avait pu démontrer la pénétration des microbes à travers des tissus sains.

Si nos tissus ne nous préservent pas de l'action des microbes pathogènes, il y a longtemps que les espèces animales auraient disparu du globe, et le Fabricateur souverain, comme la Fontaine l'appelle, n'aurait plus qu'à recommencer la création, pour tâcher de faire mieux.

M. GUÉNIOT fait remarquer que la discussion a complètement dévié. Il n'a jamais parlé d'infection purulente, de pyohémie. Il a dit simplement que lorsqu'une femme a été soumise pendant longtemps à des influences méphitiques pendant sa grossesse, lorsque l'accouchement arrive, il est vraisemblable — il n'a pas dit certain, constant — qu'il pouvait y avoir absorption, non seulement par les plaies résultant de l'accouchement, mais encore par la surface pulmonaire, d'un microbe spécial, le vibron septique, qui n'a rien de commun avec le streptocoque et le staphylocoque de la suppuration. Or, M. Guérin se cantonne sur le terrain de la purulence, de la pyohémie, terrain que M. Guéniot n'a pas abordé.

Au surplus, M. Guérin dit avoir trouvé, à l'amphithéâtre, que la muqueuse pulmonaire n'était presque jamais intacte ; mais cela prouve que l'infection par la voie pulmonaire trouve bien souvent une porte ouverte.

M. GUÉRIN répond à cela que, par les lavages intra-utérins, on fait disparaître les accidents puerpéraux ; or, comment pourrait-il en être ainsi si l'absorption du poison se faisait par le poumon et non par la plaie utérine ?

M. GUÉNIOT ne nie pas du tout l'importance de la plaie utérine sur les infections puerpérales, et, d'autre part, M. Guérin admet l'influence prédisposante du méphitisme sur les mêmes infections ; l'accord n'est pas loin de se faire.

M. HERVIEUX se joint à M. Guéniot pour dire qu'il n'a pas voulu substituer le poumon aux organes génitaux comme voie d'introduction des germes de l'infection puerpérale ; ce n'est que par exception qu'il admet l'infection par la voie pulmonaire. Pour son compte, il ne l'a constatée qu'au moment des épidémies graves, par exemple celle qui, en 1867, a provoqué la mort de 19 p. 100 des parturientes

et dans laquelle les élèves sages-femmes et les enfants eux-mêmes ont succombé à des accidents puerpéraux.

M. TARNIER fait observer que cette effroyable mortalité de 19 p. 100 dont parle M. Hervieux ne s'est pas seulement montrée en 1867. Il a observé la même mortalité dès 1856, et ce n'est que depuis 1872, qu'elle a baissé, grâce aux mesures prophylactiques et antiseptiques qui ont été prises.

(*Gazette des Hôpitaux*).

SYMPHYSÉOTOMIE.

M. CHARPENTIER lit une note sur la symphyséotomie. Pratiquée dans des bassins de 85 à 66 millimètres, cette opération, grâce aux progrès de l'antisepsie, donne d'excellents résultats et permet de sauver presque à coup sûr la mère et l'enfant. On n'est plus forcé de couper un enfant vivant pour sauver la mère. L'opération a sa place entre l'accouchement prématuré et l'opération césarienne ; elle est très employée en Italie. Novi a recommandé la symphyséotomie au lieu de l'opération césarienne et en l'associant à l'accouchement prématuré dans des bassins de 65 à 54 millimètres. Morisani fixe le chiffre de 67 millimètres comme dernière limite de la symphyséotomie. Spinelli, sur 24 cas de symphyséotomie, n'a perdu qu'un seul enfant.

(*L'Union méd.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

1^{re} session tenue à Paris du 21 au 23 avril.

SUR LE DIAGNOSTIC RÉTROSPECTIF DU PLACENTA PRÆVIA.

M. BUDIN (Paris). — L'examen de l'arrière-faix, après l'accouchement, permet généralement de diagnostiquer le placenta prævia. En effet, si le placenta est inséré au fond de l'utérus, comme l'ouverture de l'œuf correspond habituellement à l'orifice utérin, il existe une grande distance entre cette ouverture et le bord du placenta. Si, au contraire, le placenta est inséré sur le segment inférieur, la déchirure des membranes arrivera jusque près d'un des bords du placenta ou atteindra ce bord.

Il importe cependant de préciser. Supposons, par exemple, le placenta inséré sur la paroi postérieure, à 8 ou 10 centimètres de l'orifice utérin. Si la déchirure a lieu directement d'avant en arrière,

c'est-à-dire perpendiculairement au bord du placenta, elle aboutira près de cet organe, et il n'y aura pas ou presque pas d'intervalle entre l'extrémité de cette déchirure et le placenta. Si, au contraire, la déchirure se produit de droite à gauche, c'est-à-dire parallèlement au bord du placenta, elle restera à une certaine distance de la masse cotylédonnaire, et il persistera un notable lambeau de membranes entre une déchirure et le placenta.

Il est facile de faire cette démonstration sur la surface convexe ou sur une sphère plus volumineuse.

Dans les cas où le placenta se trouve inséré près de l'orifice utérin, si la déchirure se fait perpendiculairement au bord du placenta, elle arrivera jusqu'aux cotylédons, si elle se produit parallèlement au bord du placenta, il peut rester une bande plus ou moins étroite de membranes entre l'ouverture de l'œuf et le bord du placenta.

La déchirure peut être oblique ; elle se rapproche alors plus ou moins de la déchirure perpendiculaire ou de la déchirure parallèle au bord du placenta.

Nous pensons donc que pour le diagnostic rétrospectif de placenta prævia, d'après l'examen de l'arrière-faix, il importe d'étudier avec soin la direction que présente la déchirure des membranes.

M. PINARD (Paris). — Je demanderai à M. Budin s'il existe des signes qui permettent de préciser le sens de la déchirure des membranes.

M. BUDIN. — Je tiens à bien préciser et à expliquer nettement ce que je veux dire. Dans certains cas, la déchirure étant très vaste il ne sera pas possible d'affirmer par la seule inspection des membranes qu'il existe un placenta prævia. Mais quand la déchirure arrive jusqu'aux cotylédons, quand il existe au bord du placenta une bande plus ou moins large parallèle à ce bord, il est possible de faire, par le seul examen des membranes, le diagnostic rétrospectif de placenta prævia.

HÉMORRHAGIES PRÉCOCES DANS UN CAS DE PLACENTA PRÆVIA.

M. TISSIER (Paris). — L'observation suivante me paraît intéressante à plus d'un point de vue.

Chez une multipare, enceinte pour la douzième fois, dès les premières semaines de la grossesse parurent des hémorrhagies qui ne discontinuèrent pas jusqu'au moment de l'accouchement, à la fin du

huitième mois. Ces hémorrhagies persistantes avaient, en outre, pour caractère de s'accompagner de contractions douloureuses.

Bien que de tels symptômes fussent peu en accord avec la probabilité d'une insertion vicieuse, cependant il s'agissait effectivement d'un placenta *prævia* partiel.

L'intérêt particulier de ce fait est la précocité dans l'apparition des hémorrhagies.

Laissant de côté les avortements attribués à des insertions vicieuses sans certitude (attendu l'énorme développement relatif du placenta aux premiers mois), on cite dans les classiques comme extraordinaires des exemples de placenta *prævia* s'étant manifestés dès le cinquième mois, dès le quatrième ou troisième mois même. Mais ici les premières manifestations hémorrhagiques ont débuté avec la grossesse elle-même et ont persisté sans arrêt jusqu'à la fin. Cette anomalie, jointe à cette autre anomalie : les douleurs de contraction accompagnant les pertes de sang, était suffisante pour troubler le diagnostic et pour faire de l'observation précédente une observation rare, peut-être unique en son genre.

M. GAULARD (Lille).— Je crois que M. Tissier s'avance un peu en donnant son observation comme unique ; j'ai souvenir d'un cas de Depaul, dans lequel étaient notés les mêmes symptômes.

M. PINARD.— Depuis plusieurs années, j'enseigne que les hémorrhagies précoces sont fréquentes dans les cas de placenta *prævia*. Une preuve de cette vérité, c'est la fréquence des avortements dans ces cas.

M. TISSIER. — Les cas dans lesquels il y a avortement ne sont pas comparables à celui dont je viens de parler ; on sait, en effet, que pendant les premiers temps de la grossesse, le placenta occupe presque toute la cavité utérine ; si, à ce moment, il y a hémorrhagie, cela ne prouve pas qu'il y ait placenta *prævia* définitif et qu'à la fin de la grossesse le placenta ne sera pas inséré au fond de l'utérus. Donc, les avortements ne prouvent rien en ce qui concerne les hémorrhagies précoces du placenta *prævia*.

M. PINARD. — Bien entendu je n'ai pas voulu parler des cas où l'œuf est encore, comme on l'a dit, tout placenta, mais de ceux où l'œuf est déjà formé, vers le troisième ou le quatrième mois de la gestation. De plus, j'ai remarqué que souvent les femmes parviennent au terme de la grossesse avec un placenta *prævia*, avaient eu des hémorrhagies fréquentes au cours de la gestation.

M. LEFOUR (Bordeaux). — Il serait intéressant de savoir si les hémorragies qui accompagnent le placenta prævia ont un caractère spécial permettant de le diagnostiquer, car alors il y aurait peut-être indication de provoquer l'accouchement prématuré.

M. TARNIER. — Je dois reconnaître que le toucher seul m'a permis dans ce cas de faire le diagnostic du placenta prævia ; en effet, les symptômes que présentait cette malade ne sont pas ceux qu'on observe d'ordinaire dans le placenta prævia. Je regrette, du reste, de n'avoir pas provoqué l'accouchement dès l'entrée de la malade dans mon service, car j'aurais ainsi évité la dernière hémorrhagie qui, très probablement, a été la cause de la mort.

TROIS CAS DE SYMPHYSÉOTOMIE.

M. PINARD (Paris). — Les beaux succès de la symphyséotomie à la clinique de Naples, les recherches que j'ai faites moi-même sur le cadavre relativement à cette opération, m'ont engagé à la pratiquer sur le vivant, le cas échéant. L'occasion s'étant offerte, j'ai opéré trois femmes à bassin rétréci par symphyséotomie ; c'est le résultat de ces trois opérations que je vais vous soumettre.

1. Femme de 32 ans, secondipare ; bassin canaliculé, diamètre promonto-sous-pubien, 9 cent. 7.

Premier accouchement à terme, enfant macéré, embryotomie.

Second accouchement, à huit mois et demi environ. Hydropisie de l'amnios ; fœtus volumineux. On provoque l'accouchement ; symphyséotomie. Après l'incision de la symphyse, écartement spontané de 1 cent. ; extraction par le siège en dix minutes, puis suture et fixation par ceinture plâtrée. L'enfant pèse 3.350 grammes et mesure 52 cent. Ranimé d'abord, l'enfant, qui a un enfoncement du pariétal, meurt au bout de deux jours.

Suites de couches normales ; l'opérée se lève le 21^e jour et marche sans douleur. Pas de mobilité anormale de la symphyse.

II. Primipare ; bassin aplati, promontoire accessible. A terme. Gros œuf. Présentation du sommet. Enfant vivant. Rupture artificielle des membranes à 10 heures 1/2 du soir. Dilatation complète à 4 heures 1/2 du matin. A 7 heures 1/2 l'engagement ne se faisant pas, on fait inutilement deux applications de forceps. A 9 heures 1/2 symphyséotomie donnant immédiatement après la section un écartement spontané de un centimètre que l'abduction des cuisses porte sans dif-

ficulté à trois centimètres. Extraction très facile par le forceps, en quatre minutes, d'un garçon vivant de 4630 grammes. Pendant le dégagement et la descente de la tête, l'écartement des pubis a été porté à 6 centimètres 1.

Suites très simples ; l'opérée se lève le trente-cinquième jour et marche sans douleur. Pas de mobilité anormale. L'enfant se porte très bien.

III. Femme de 30 ans ; quatrième accouchement. Premier accouchement, enfant mort-né. Second accouchement provoqué à 8 mois, enfant mort au troisième jour. Troisième accouchement, à Lyon, application de forceps faite par M. Fochier ; enfant vivant, pesant 3220 grammes, mort le quinzième jour.

Le quatrième accouchement est provoqué vers 8 mois et demi. M. Fochier fait inutilement deux applications de forceps, j'en tente une troisième, avec aussi peu de succès.

Symphyséotomie ; écartement spontané de 1 centimètre porté par l'abduction des cuisses à 4 cent. 8. Extraction d'un enfant de 2730 grammes, né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé ; cet enfant est aujourd'hui en parfait état.

Suites de couches normales ; l'opérée se lève le 29^e jour et marche sans douleur. Pas de mobilité anormale des pubis.

TRAITEMENT DE L'INFECTION PUERPÉRALE PAR LA PROVOCATION DE
PHLEGMONS SOUS-CUTANÉS.

M. FOCHIER (Lyon). — Je viens de conseiller et d'indiquer le moyen de provoquer artificiellement la formation d'abcès dans l'infection puerpérale où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations, et où ces suppurations, traitées chirurgicalement, peuvent guérir en contribuant parfois d'une façon manifeste à la guérison de l'état infectieux.

Je n'ai nullement la prétention de faire appel aux données de la microbiologie, et, me plaçant exclusivement au point de vue clinique, je dis qu'une infection pyogène généralisée est une maladie où l'on peut voir se produire à la fois plusieurs abcès dans divers organes ou dans différentes régions du corps ; telle est l'infection puerpérale.

La remarque clinique fondamentale qui m'a amené au traitement que je propose est la suivante : il y a des cas de fièvre puerpérale, qui ont l'exception sans être absolument rares, dans lesquels on voit

une infection généralisée sans lésion importante appréciable subir une amélioration soudaine, en même temps que se manifestent les signes d'une suppuration localisée ; par exemple, un phlegmon du sein ou de la fosse iliaque ou du tissu cellulaire sous-cutané, ou bien une monoarthrite, une péritonite localisée tardive, une salpingo-ovarite. L'abcès ou les abcès qui se forment alors méritent le nom que je leur donne depuis douze ans, d'abcès de fixation. Ils sont parfois des abcès critiques au sens ancien du mot, mais ils s'en distinguent le plus souvent et constituent à eux seuls une affection grave, plus immédiatement menaçante parfois que l'infection généralisée. Ils sont cependant le salut d'une façon bien manifeste s'ils sont traités chirurgicalement en cas de marche aiguë, et si on les laisse évoluer en cas de développement chronique ou subaigu.

A côté de ces faits, il en est d'autres où l'on voit non seulement des inflammations viscérales se révéler par des signes indubitables, puis rétrocéder rapidement sans qu'il y ait amélioration de l'état général, mais où l'on voit aussi des phlegmons diffus sous-cutanés affecter la même mobilité sous l'œil et même sous le bistouri de l'observateur. La tendance à la fixation est manifeste et cette fixation avorte plusieurs fois avant d'aboutir, ou plus souvent, dans cette forme, la mort arrive avant la suppuration.

La mort arrive parfois avant toute fluxion locale, mais ce sont là des cas rares se rattachant aux précédents par des transitions insensibles.

C'est en comparant ces deux types : le premier où l'amélioration coïncide avec une localisation suppurée, le second où la mobilité des fluxions est au contraire d'un fâcheux pronostic, que je suis arrivé à me poser comme indication thérapeutique la nécessité de provoquer des abcès faciles à traiter dans les formes graves d'infection puerpérale.

Ces deux types sont loin cependant de constituer la généralité de ces formes graves. Le plus souvent, on peut saisir et une lésion locale servant de point de départ, et des lésions de continuité et de contiguïté, et enfin des suppurations pour lesquelles il faut admettre la métastase, comme on disait autrefois, le transfert de microbes pyogènes, comme on dit maintenant. Les suppurations, dans ces cas, mériteraient le nom d'abcès de diffusion par opposition avec les abcès de fixation, mais il faut d'emblée faire remarquer que la distinction est difficile à faire, sur la limite, entre ces deux ordres d'abcès, et qu'à

la rigueur on peut traiter de fixations multiples les abcès d'un si fâcheux pronostic alors que les fixations uniques sont d'un si heureux augure.

Je ne m'attarderai pas davantage au développement de cette conception générale des accidents puerpéraux ; elle m'entraînerait trop loin. Ce que j'en dis me suffit pour les conclusions que j'ai à en tirer, ou plutôt pour expliquer comment je suis arrivé à appliquer un traitement paradoxal à une infection pyogène.

Après plusieurs tentatives inutiles avec les acides et le nitrate d'argent je me suis arrêté à l'emploi de l'essence de térébenthine qui provoque facilement des phlegmons lorsqu'on l'injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Je n'insisterai pas sur la technique de ces injections de térébenthine. Elles doivent être poussées dans le tissu cellulaire lâche au voisinage de l'aponévrose, mais elles peuvent aussi sans inconvénients s'infiltrer dans le tissu adipeux. On peut pousser un ou plusieurs centimètres cubes d'essence par la même piqûre ; je n'ai pas dépassé trois centimètres cubes, et je n'en pousse qu'un le plus souvent. Je n'ai pas observé d'infiltrations dermiques ; il est certain qu'elles provoqueraient un sphacèle du derme. Lorsque l'on veut ménager une issue spontanée au pus, il n'y a qu'à retirer l'aiguille sans maintenir la peau, l'essence ressort en préparant un canal de sortie au pus.

L'injection n'est pas plus douloureuse qu'une injection de morphine, mais la douleur inflammatoire apparaît rapidement, de une heure à six heures après l'injection.

Lorsque l'injection a été poussée sous une couche épaisse de tissu adipeux, la tuméfaction peut rester masquée pendant plusieurs jours. La rougeur de la peau ne se prononce que le troisième jour, et alors les phénomènes sont essentiellement variables. L'abcès prend tantôt les allures d'un véritable abcès chaud, tantôt celles d'un abcès froid, ou du moins les allures d'un abcès qui n'a aucune tendance à ulcérer la peau. Ces allures se retrouvent, mais moins accusées, dans certains abcès de fixation de la fièvre puerpérale. Dans l'un et l'autre cas le pus s'épaissit, et trois fois, en attendant longtemps pour intervenir, j'ai vu à l'incision un véritable mastic purulent sortir de l'abcès artificiel. Ce mastic, je l'avais rencontré plusieurs fois à l'autopsie, notamment dans les annexes, et on le retrouve dans certaines salpingo-ovarites lors de l'opération.

Lorsqu'on incise de bonne heure, on trouve un abcès à loge anfrac-

tueuse, et dont la paroi est constituée par une mince couche de tissu sphacélé et infiltré de pus, analogue à la paroi d'un abcès froid sur différents points, ressemblant sur d'autres au bourbillon du furoncle. Il peut y avoir des décollements assez étendus, mais qui ne paraissent pas jusqu'ici pouvoir provoquer des fusées envahissantes. Il est certain que si l'injection était poussée au-dessous de l'aponévrose, elle entraînerait le sphacèle de la membrane. La térébenthine ne paraît pas se résorber, puisque, au bout de quinze jours, on retrouve son odeur, mais on ne voit pas de gouttelettes distinctes au milieu du pus.

Ces abcès sont assez lents à guérir, ou du moins leur marche est très variable, suivant qu'ils ont évolué rapidement vers l'ulcération, ou qu'au contraire ils ont affecté des allures torpides. Dans ce dernier cas, il faut les inciser largement pour pouvoir explorer et panser toute la poche. Je n'insiste pas sur ces détails ; ils ne laisseront pas désarmé un praticien qui possède et sait appliquer les éléments de la chirurgie, et je me borne à formuler les préceptes suivants, qui pourront être modifiés par l'expérience, mais dont les grandes lignes me paraissent acquises.

Les abcès de fixation doivent être ouverts plus ou moins tardivement suivant les allures qu'ils affectent, mais pour peu que l'état général persiste, il faut en provoquer de nouveaux sans attendre. Dans certains cas même, on fera bien d'avoir recours à cette provocation un ou plusieurs jours avant l'incision des premiers. C'est là une condition de fixation permanente, ou plutôt continue, qui me paraît essentielle pour les succès de la méthode dans les cas très graves.

Il faudra provoquer plusieurs abcès à la fois, si l'infection s'annonce comme menaçante à brève échéance, et c'est là le cas de l'infection purulente à grands frissons répétés. Dans l'érysipèle, qui n'est qu'exceptionnellement pyogène, mais qui se juge manifestement parfois par des abcès, il faudrait provoquer ces abcès à la périphérie de la rougeur envahissante ; mais je donne le conseil de ne le faire, pour commencer, que dans les cas très menaçants, puisque je n'ai aucune expérience personnelle à ce sujet.

Il est bon de prévoir les objections qu'on peut me faire. Les uns diront : comment oser provoquer la suppuration sur un organisme qui a déjà, par malheur, trop de tendance à suppurer ? Et je répondrai : le jour où vous m'aurez apporté un moyen de réprimer cette tendance à la suppuration, je ne la provoquerai plus.

D'autres allègueront : votre méthode n'est pas nouvelle, elle s'appelait révulsion ou dérivation, et le vésicatoire, le cautère et le séton faisaient, sinon tout, du moins une partie de ce que font vos injections de térébenthine. — Je répondrai : accumulez les succès déjà acquis par le séton ou le cautère, je les accepte, ils seront un motif de plus pour faire accepter les abcès artificiels de fixation, ils ne serviront qu'à faire ressortir leur supériorité et à établir la conviction. J'ajouterai, du reste, que dans plusieurs cas qui pouvaient être considérés, comme désespérés j'ai obtenu des résultats très satisfaisants.

M. THIÉRY (Rouen). — J'approuve d'autant plus volontiers la méthode préconisée par M. Fochier que j'ai, de mon côté, obtenu dans les mêmes conditions, des résultats favorables. J'avais d'abord essayé de provoquer des suppurations sous-cutanées au moyen des injections de nitrate d'argent à 20 0/0 ; mes résultats étaient incomplets. Depuis, j'ai employé l'essence de térébenthine et, dans mes douze derniers cas, les effets ont été excellents.

Je dois dire cependant que ma pratique diffère un peu de celle de M. Fochier ; d'abord, je répète les injections plusieurs jours de suite, de manière à combattre l'état général d'une manière continue. De plus, j'incise les phlegmons de bonne heure et je les panse à l'onguent styrax, de façon à activer la suppuration ; mais ce sont là des nuances qu'une pratique plus étendue modifiera peut-être.

M. FOCHIER. — Je crois qu'il faut laisser les abcès sous-cutanés s'établir et je suis conduit à cette conclusion par l'hypothèse suivante : il est possible que les abcès de fixation agissent par la production de substances solubles vaccinales qui se produisent dans leur cavité et qui, résorbées, donnent à l'organisme une sorte d'immunité contre l'infection puerpérale ; mais je le répète, c'est là une hypothèse.

M. TARNIER. — Les larges vésicatoires n'agiraient-ils pas comme les abcès de fixation de M. Fochier ?

M. FOCHIER. — C'est possible ; je dois dire cependant que les vésicatoires, les sétons, en un mot, toutes les suppurations cutanées m'ont donné des résultats moins favorables que les vastes abcès sous-cutanés.

EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ.

M. QUEIREL (Marseille) fait remarquer que les accidents provoqués par le seigle ergoté, administré d'une manière intempestive et mala-

droite, sont fréquents ; d'autre part, il croit que le seigle ergoté peut être remplacé dans tous les cas où il est employé par d'autres moyens moins dangereux ; il pense donc que la *Société obstétricale de France* devrait émettre le vœu que l'Académie de médecine, revenant sur un vote antérieur, retirât aux sages-femmes le droit de prescrire et d'employer le seigle ergoté.

Une discussion assez vive s'engage sur cette proposition :

M. PINARD reconnaît les inconvénients du seigle ergoté ; il ajoute que le tamponnement est absolument inefficace et dangereux ; ces deux moyens ne devraient plus être employés contre les hémorrhagies. Pour lui, il ne donne jamais de seigle ergoté, il n'applique jamais de tampons et, sur plus de 20.000 femmes accouchées dans son service il n'a pas observé un seul cas de mort par hémorrhagie. Cependant il ne faut pas retirer le droit aux sages-femmes, il faut leur apprendre à ne plus employer ces moyens.

M. TARNIER n'est pas aussi exclusif que M. Pinard, surtout en ce qui concerne les tampons. Ce qu'il faut, c'est apprendre aux sages-femmes à bien se servir du tamponnement et du seigle ergoté.

MM. SALMON et GAULARD font remarquer à M. Pinard qu'il ne faut pas seulement tenir compte de ce qui se passe dans une clinique parfaitement outillée, avec des aides instruits et zélés. Pour eux, une sage-femme, seule à la campagne, perdra bien des femmes, si elle ne peut employer le seigle ergoté, qui est le moyen qu'elle a sous la main.

M. TARNIER pense qu'il est bon d'insister sur les dangers possibles du seigle ergoté mal employé et il propose à la Société de voter la proposition suivante :

La Société obstétricale de France, considérant les dangers que le seigle ergoté peut faire courir à la mère et à l'enfant, rappelle que ce médicament ne doit être administré qu'après la délivrance et lorsque l'utérus est complètement évacué.

Cette proposition est votée à l'unanimité.

DE LA RÉTRACTION DU COL COMME CAUSE DE DYSTOCIE.

M. DEMELIN (Paris). — Un certain nombre de phénomènes localisés par les anciens à l'orifice interne du col doivent être attribués à la contraction de l'anneau de Baudl.

Dans deux cas, après des contractions utérines régulières qui avaient amené la dilatation du col, les membranes une fois rompues,

le col et le segment inférieurs sont revenus sur eux-mêmes et les douleurs se sont complètement suspendues. Au toucher, on trouvait l'orifice externe du col souple, et au-dessus de lui, un long canal mesurant huit à neuf centimètres de haut et complètement vide ; la limite supérieure de ce canal était marquée par un orifice des dimensions d'une pièce de 5 francs, et circonscrit par un bourrelet épais. Ce bourrelet, contractile et spasmodiquement resserré, constituait l'obstacle à la descente du fœtus ; il était formé par l'anneau de Bandl.

Ainsi, le travail, après avoir marché normalement, s'arrêta après la rupture des membranes, et le col, qui avait été complètement dilaté, est revenu sur lui-même, en même temps que le segment inférieur et l'anneau de Bandl qui s'est rétracté.

Le pronostic est sérieux et le traitement souvent délicat, en raison de l'élévation extrême de la partie fœtale, et de l'étroitesse de l'orifice rétracté.

Les observations citées sont en faveur de la théorie qui place dans le segment inférieur le point de départ du réflexe qui aboutit à la contraction utérine.

GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES.

M. BUREAU (Paris). — J'ai observé un cas de grossesse extra-utérine pour lequel j'ai dû faire la laparotomie, suivie du reste, de succès. Ce cas présentait au point de vue clinique un tableau assez semblable à celui qu'on observe ordinairement. Je ferai seulement remarquer que l'opération fut facile, la tumeur s'étant en quelque sorte énucléée d'elle-même et n'étant reliée à la corne utérine que par un pédicule très grêle.

L'examen anatomique de la pièce est plus intéressant : la trompe utérine est normale, plutôt petite et sans aucune hypertrophie des fibres musculaires ; le kyste fœtal est situé exclusivement dans le tissu conjonctif sous-péritonéal ; de plus, les parois de ce kyste ne contiennent en aucun point trace de fibres musculaires. Le tissu cellulaire qui l'entoure est hypertrophié et très vasculaire.

En somme, il pourrait être question dans ce cas d'une grossesse extra-utérine développée dans une trompe accessoire ; cependant je crois plutôt que l'œuf est tombé de très bonne heure du pavillon d'une de ces trompes accessoires et s'est développé dans le tissu cellulaire. La preuve que mon opinion est fondée, c'est l'absence complète de

fibres musculaires dans la paroi du kyste, fibres musculaires qui existaient si une trompe accessoire était comprise dans la paroi.

M. TARNIER. — J'ai vu la malade dont vient de parler M. Bureau ; elle était dans un état de santé parfait ; c'est pourquoi je n'ai pas cru devoir intervenir, au moins à l'époque où je l'ai vue. M. Bureau a été plus hardi et son intervention a été suivie de succès.

M. BOISLEUX rapporte l'observation d'une femme chez laquelle il a fait deux fois, à quelques mois d'intervalle, la laparotomie avec succès pour deux grossesses utérines successives.

M. LEPAGE présente les pièces provenant d'une laparotomie pour grossesse extra-utérine pratiquée par M. Pinard. La mort du fœtus remontait à plusieurs mois. M. Pinard a pu extraire sans danger et sans hémorrhagie le placenta entier au moment de l'opération.

DES AUTO-INFECTIONS PUERPÉRALES.

M. SECHÉYRON (Toulouse) fait une communication sur les auto-infections puerpérales qu'il résume dans les conclusions suivantes :

Il existe des auto-infections puerpérales inévitables, même avec le secours de l'antisepsie ; l'auto-infection est alors de cause externe ou interne.

L'auto-infection d'origine interne peut être d'ordre local ou général ; elle peut déterminer des accidents (avortement, accidents infectieux), avant le terme normal de la grossesse, ou bien après l'accouchement.

Cette dernière variété est souvent d'origine externe, bien plus rarement de cause interne. Les germes infectieux peuvent être contenus dans l'utérus ou dans les tissus qui entourent l'utérus.

L'infection d'origine utérine et celle d'origine extra-utérine méritent une description différente. La première est moins grave dans ses conséquences immédiates que la seconde. La seconde, au contraire, est marquée par des lésions plus intenses et plus étendues.

L'auto-infection d'origine utérine peut s'observer dans tout utérus atteint de métrite, même de métrite du col. Les accidents sont alors ceux d'une métrite suppurée qui se produit très vite. La guérison est en général rapide avec un traitement rationnel.

L'auto-infection extra-utérine est plus rare, mais elle se montre avec des symptômes plus graves.

La pathogénie des accidents est diverse ; la collection purulente qui

se forme alors dans le bassin se vide à travers l'atérus et l'infecte, ou bien, les germes atténués, grâce à l'exaltation de leur virulence par le fait de l'accouchement, se multiplient, se généralisent et infectent l'organisme. L'infection puerpérale est produite alors. Très souvent, les malades atteintes sont prédisposées par leur état antérieur à s'infecter facilement. Le tableau clinique est celui d'une infection puerpérale grave, remarquable par ses complications pelviennes.

Le diagnostic et la recherche d'origine d'une auto-infection interne sont d'autant plus intéressants qu'à cette étude peut se rattacher une question de responsabilité et que, dans bien des cas, cette origine est extrêmement difficile à déterminer.

DES ACCIDENTS SYNCOPAUX QUI PEUVENT SE PRODUIRE A LA SUITE DES
INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.

M. TARNIER. — J'ai l'habitude chez toutes mes accouchées, de faire, aussitôt après la délivrance, une injection intra-utérine avec un liquide antiseptique ; si tout va bien, cette injection n'est pas renouvelée ; si, au contraire, quelque symptôme morbide se montre, on refait des injections suivant le besoin. Cette pratique, je le sais, n'est pas celle de tous les accoucheurs, beaucoup d'entre eux ne font pas d'injection intra-utérine dans les cas réguliers. Je ne veux pas aujourd'hui discuter la valeur de cette manière d'agir, je voulais simplement, à titre de préambule, répéter que ces injections m'ayant donné de bons résultats, je continue à les employer ; on comprendra mieux ainsi, que tout ce qui concerne les injections intra-utérines faites aussitôt après la délivrance, me préoccupe singulièrement.

Comme liquide d'injection, j'employai d'abord une solution de sublimé à la dose de 1 pour 5.000 ; mais j'eus à enregistrer deux cas de mort par intoxication mercurielle. Je résolus alors de me servir de l'acide phénique en solution faible, 20 pour 1.000 ; c'est avec ce liquide que j'observai pour la première fois des accidents syncopaux.

Une femme à laquelle on venait de pratiquer, avec toutes les précautions et toute l'habileté désirables, une injection intra-utérine, fut prise tout à coup d'accidents très graves ; elle avait une dyspnée extrême ; son pouls était imperceptible ; en un mot, la mort paraissait imminente.

J'employai alors le sulfate de cuivre, à la dose de 5 pour 1.000 ; j'observai également des accidents très graves. C'est alors que je réso-

lus de faire une étude expérimentale de l'action des divers antiseptiques injectés dans les veines. C'est, en effet, comme je vous le dirai bientôt, à la pénétration dans les veines utérines du liquide antiseptiques que j'attribue les accidents syncopaux.

En injectant à des lapins, par une veine de l'oreille, des liquides antiseptiques, voici ce que j'ai observé :

Acide phénique 20 pour 1.000 ; accidents syncopaux ne déterminant pas la mort mais un état fort grave.

Sulfate de cuivre et sulfate de fer à 5 pour 1.000 ; accidents syncopaux et mort.

Biodure de mercure à 1 pour 20.000 ; syncope et mort.

Sublimé à 1 p. 5.000 ; pas de syncope mais mort par intoxication mercurielle.

Permanganate de potasse à 1 p. 2.000 ; pas de syncope, pas d'accidents, pas de diminution appréciable du nombre des globules rouges, comme on aurait pu le craindre à cause du pouvoir oxydant de ce sel.

Enfin, microcidine à 4 p. 1000 ; pas d'accidents.

D'après ces recherches, j'ai donc classé les liquides antiseptiques, en ce qui concerne leur emploi pour les injections intra-utérines faites aussitôt après la délivrance, de la manière suivante :

Dangereux : Acide phénique, sulfate de fer, sulfate de cuivre, biodure de mercure.

Moins dangereux : Sublimé.

Non dangereux : Permanganate de potasse, microcidine.

Je vous disais, il y a un instant, que j'attribue les accidents syncopaux qu'on peut observer à la suite des injections utérines faites aussitôt après la délivrance à la pénétration dans les veines utérines du liquide injecté. Voici sur quoi je base cette manière de voir.

M. Tissier vous dira tout à l'heure qu'une injection poussée dans un utérus qui vient d'être délivré, pénètre facilement dans les sinus utérins. Ces recherches ont été faites à l'autopsie. Or, je crois qu'il en est de même chez le vivant.

Voici, en effet, ce que nous avons observé dans tous les cas où des accidents syncopaux se sont produits : au moment où l'on poussait l'injection, l'utérus se contractait violemment et aussitôt les accidents débutaient. On sait qu'il arrive bien souvent que le tube de retour de la sonde à double courant, qui sert pour les injections intra-utérines, s'oblitére et que l'écoulement par ce tube est supprimé. Si alors l'u-

térus se contracte énergiquement, le liquide qui a pénétré dans la cavité utérine est poussé dans les sinus veineux ; c'est l'utérus lui-même qui sert d'injecteur.

M. TISSIER. — Des faits d'intoxication soudaine, grave ou légère, survenus immédiatement après des injections utérines, des recherches cliniques faites en injectant divers liquides dans l'utérus immédiatement après la délivrance — établissent la pénétration des liquides d'injection dans l'organisme.

En multipliant les expériences sur des femmes mortes le lendemain ou le surlendemain de leur accouchement, j'ai pu me convaincre que sans la moindre pression (de 30 à 40 0/0 cent. d'eau par exemple), les liquides injectés dans l'utérus fusaient aussitôt dans la circulation générale si les voies de retour du liquide étaient fermées. Peut-il en être de même sur le vivant ?

Assurément, si la tension veineuse est diminuée par des hémorrhagies, si quelque caillot ou débris vient boucher l'orifice du col, et s'il survient une brusque contraction utérine, grâce à laquelle l'utérus pressé sur le liquide incompressible s'injecte lui-même en quelque sorte.

Aussi faut-il :

a) Avoir soin de ne pas employer comme liquide à injecter un produit très toxique et n'en pas faire passer d'énormes quantités.

b) Ne jamais élever les injections à plus de 30 cent. au-dessus du siège de la malade. Il n'est besoin que de laisser baver le liquide dans l'intérieur de la cavité utérine. Le but de l'injection est de baigner et d'imbiber toute la surface utérine, d'enlever les mucosités sanguinolentes, de faire contracter l'utérus. Mais on ne peut enlever de vive force par la violence du jet les débris qui resteraient adhérents aux parois.

c) Si l'utérus se contracte énergiquement — ce que l'on sent avec la main laissée au-dessus du pubis et ce que l'on voit en constatant l'arrêt de l'écoulement à la vulve — il faut aussitôt faire abaisser le vase à injection jusqu'au niveau du siège.

d) Choisir une sonde qui favorise le reflux du liquide — à double courant ou plate du modèle de M. Tarnier — tout en sachant qu'une sonde quelle qu'elle soit, ne donne à cet égard qu'une incomplète sécurité.

M. BUDIN. — La très importante communication que vient de nous faire M. Tarnier laisse un doute dans mon esprit, en ce qui concerne

l'interprétation des accidents. M. Tarnier nous dit : quand l'utérus se contracte énergiquement, il pousse le liquide dans les sinus utérins. Or, cela me paraît en contradiction avec tout ce que l'anatomie et la physiologie nous enseignent. Nous avons tous appris, en effet, que quand l'utérus se contracte les sinus se ferment. Cependant M. Tarnier croit que c'est dans ces conditions que le liquide pénètre ; je ne nie certainement pas l'explication de M. Tarnier, mais je voudrais avoir de nouveaux faits.

Les expériences de M. Tissier, faites sur un utérus flasque, dont les sinus sont certainement béants, ne prouvent pas la pénétration possible dans un utérus qui se contracte.

En résumé je ne nie pas l'interprétation de M. Tarnier, mais elle ne me satisfait pas complètement.

M. CHAMPETIER DE RIBES (Paris). — J'ai observé également des cas dans lesquels l'utérus se contracte énergiquement au moment où pénètre l'injection ; or, dans ces circonstances j'ai vu, en général, sortir à ce moment un jet de sang, ce qui tendrait bien à prouver que les vaisseaux sont comprimés et non béants.

Les accidents syncopaux ne sont pas les seuls que l'on observe au moment de la pénétration d'une injection intra-utérine ; j'ai vu des frissons, de la dyspnée, etc. Tout cela prouve que ce n'est pas seulement en pénétrant dans les sinus qu'une injection intra-utérine peut provoquer des accidents.

M. TARNIER. — Je répondrai très brièvement : il est possible que la pénétration du liquide dans les sinus utérins au moment où l'utérus se contracte paraisse en contradiction avec les données admises ; cependant, deux arguments, et je laisse de côté les expériences de M. Tissier, me paraissent plaider en faveur de l'interprétation de la pathogénie des accidents syncopaux, telle que je la propose.

Le premier est un argument expérimental : les liquides qui ont produit des accidents syncopaux chez nos malades ont provoqué des syncopes chez les animaux auxquels on les a injectés dans les veines.

Le second est tiré de l'observation clinique : dans tous les cas où nous avons vu des accidents syncopaux se produire, nous avons observé en même temps une violente contraction de l'utérus sur le liquide retenu dans son intérieur. Or, on peut admettre que quand l'utérus ne se contracte pas à vide, les sinus, au moins quelques-uns d'entre eux, restent béants.

PATHOGÉNIE DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

M. HERGOTT fils (Nancy) après avoir passé en revue les différentes hypothèses qui ont été émises relativement à la nature de l'éclampsie (congestion cérébrale, névrose, urémie), ajoute qu'il croit depuis longtemps que l'éclampsie est une maladie infectieuse. Cette opinion a déjà été défendue par M. Doléris qui, après avoir attribué l'éclampsie à un microbe, a professé ensuite l'opinion qu'il s'agit d'une toxémie d'origine inconnue.

Dans le but d'éclaircir cette question, dit M. Hergott, j'ai examiné le sang, les urines, le placenta de sept éclamptiques. Le sang et le placenta ne m'ont donné que des résultats négatifs. Les urines contenaient dans cinq cas un microbe particulier, et dans deux cas elles ont donné des cultures pures de ce microbe. Celui-ci se présente sous des aspects différents, tantôt c'est un bâtonnet deux fois plus long que large, tantôt c'est un bacille plus allongé qui s'incurve. Il est facilement colorable par les réactifs ordinaires ; il ne liquéfie pas la gélatine.

Ce microbe est pathogène pour le lapin, surtout pour les lapines en gestation. Ces animaux meurent avec des phénomènes qui rappellent ceux de l'éclampsie ; on observe souvent de la parésie.

J'ai fait la contre-épreuve pour la recherche de ce bacille et j'ai constaté son absence chez deux femmes enceintes normales. Ces sujets n'ont pas eu d'éclampsie.

Je crois donc pouvoir conclure aujourd'hui, sous réserves bien entendu, que :

L'éclampsie est due à un bacille spécial qui agirait sur le rein et que là probablement il produirait des toxines : ces toxines agissant sur le système nerveux provoqueraient les convulsions.

M. GUILLEMET. — Une preuve nouvelle en faveur de la nature infectieuse de l'éclampsie, c'est que souvent on observe de véritables épidémies d'éclampsie. Ne pourrait-on pas penser alors qu'il s'agit de véritables cas de contagion. Tous nous savons qu'après avoir été souvent fort longtemps sans observer de cas d'éclampsie, nous en voyons tout à coup une série.

M. GAULARD (Lille). — Je ne sais pas si l'éclampsie est contagieuse, mais en tout cas les séries ne prouveraient rien à ce sujet. Il me souvient qu'après être resté fort longtemps sans soigner d'éclamptiques, je fus appelé le même jour pour voir deux femmes prises d'attaques

d'éclampsie ; elles demeuraient à 20 kilomètres l'une de l'autre et ce n'est certainement pas moi qui portai la maladie de l'une à l'autre, car toutes deux avaient des attaques avant que je les visse.

Autre chose, j'ai constaté dans une même région des cas d'éclampsie et de tétanos à la même époque. Ceci uniquement à titre de souvenir.

M. DOLÉRIS. — Je ne puis admettre qu'un microbe qu'on ne rencontre que dans l'urine soit l'agent pathogène de l'éclampsie. Pour moi, je le répète, l'éclampsie est une toxémie d'origine inconnue, mais non le résultat de l'action d'un bacille qui n'existerait que dans les urines.

M. CHAMBRELENT (Paris). — Les malades dont M. Hergott a examiné le sang, étaient-elles soumises au traitement chloralique ? On a dit, en effet, qu'on trouvait parfois un microbe dans le sang des éclamptiques ; mais que ce microbe disparaissait quand les malades prenaient du chloral.

M. HERGOTT. — Mes malades étaient soumises à l'action du chloral quand j'ai examiné leur sang.

En ce qui concerne la contagion de l'éclampsie je dirai que la femme couchée dans le lit le plus rapproché de la salle d'isolement où se trouvait une des éclamptiques que j'ai étudiées, a été prise à son tour d'éclampsie.

M. LOVIOT (Paris). — Cette femme prise d'éclampsie dans le service, était-elle albuminurique ? M. Hergott ne me répond pas ; cette observation est donc sans valeur au point de vue de la contagiosité de l'éclampsie.

SOURCES MULTIPLES DE L'INFECTION PUERPÉRALE.

M. DOLÉRIS (Paris). — On a attribué, surtout depuis la thèse de M. Widal, l'infection puerpérale uniquement au streptocoque ; je crois que c'est là une erreur. Les sources de l'infection puerpérale sont multiples ; tantôt, en effet, l'agent est le streptocoque, tantôt le staphylocoque, tantôt enfin, comme l'ont constaté MM. Chantemesse et Widal, le coli-bacille. Or, cette donnée est très importante en pratique ; on voit parfois des infections staphylococcienues chez des femmes qui avaient, pendant la grossesse, des ulcérations du col de l'utérus ou d'autres lésions du même genre. Dans ces conditions, il y a pour ainsi dire, une infection inévitable, une infection secondaire dont

la femme porte l'origine en elle-même. Comme précepte pratique, il ressort de cette donnée qu'il est très important de soigner pendant la grossesse les lésions du col de l'utérus afin d'éviter l'infection, qui suivrait l'accouchement.

J'ajouterai que M. Widal n'a pas découvert les rapports du streptocoque avec l'infection puerpérale ; plusieurs années avant lui, j'avais cultivé le streptocoque dans des cas d'infection.

M. WALLICH (Paris). — Ce qu'on peut affirmer c'est que M. Widal a bien établi, et cela d'une manière indiscutable, que le streptocoque est le véritable agent pathogène de l'infection puerpérale.

M. TARNIER. — Cose et Felz ont reconnu l'existence du streptocoque dans l'infection puerpérale ; ils ont décrit et figuré ce microbe. Après eux, M. Pasteur a retrouvé dans les mêmes cas et cultivé le streptocoque. Plus tard M. Doléris a ajouté à nos connaissances sur ce sujet. Enfin, M. Widal a synthétisé et mieux précisé la question.

M. PINARD. — M. Doléris parle d'infections évitables et d'infections inévitables ; il propose chez les femmes enceintes dont le col est malade, de traiter activement ce col. Je crois que c'est là une mauvaise pratique, plus dangereuse qu'utile.

M. BUDIN. — Il est mauvais, je pense, de parler comme vient de faire M. Doléris. S'il y a des infections inévitables, trouvant leur source dans les lésions antérieures, elles sont si rares qu'on peut presque les négliger. Mais si vous en parlez hautement, si vous les indiquez comme fréquentes, vous donnez d'avance une excuse à l'accoucheur qui, faute de précautions nécessaires, aura laissé infecter sa cliente. Il aura toujours l'excuse de l'infection inévitable, excuse bien commode pour expliquer une faute.

DE L'EAU SIMPLE DANS L'ACCOUCHEMENT.

M. LANCERY (Dunkerque). — Je viens ici soutenir que dans l'accouchement naturel, sans plaies du col utérin, du vagin ou du périnée, l'eau simple peut suffire à tous les soins et remplacer tous les antiseptiques. Je ne doute pas que je ne soulève des protestations, aussi je n'entreprendrai aucune discussion théorique et je baserai uniquement la conclusion que je viens de formuler sur l'analyse des faits :

Dans une statistique de cent accouchements, dont quelques-uns très compliqués, j'ai employé exclusivement l'eau simple. Voici les résultats que j'ai obtenus : 81 femmes ont guéri sans fièvre ; 12 ont

eu une fièvre légère, mais étaient levées au treizième jour ; 7 ont eu une fièvre plus sérieuse, mais aucune n'est morte.

Je le répète donc, un accoucheur aseptique peut, alors qu'il n'existe aucune plaie se contenter de l'eau simple.

Voici maintenant qu'elle est ma pratique : quand il y a la moindre plaie ou de la fièvre, j'emploie les antiseptiques, autrement je me contente de l'eau simple. A la ville, chez des clientes aisées, je prescris les solutions antiseptiques ; à la campagne, chez des femmes plus pauvres, je ne m'en sers que quand il y a indication spéciale.

M. GAULARD. — Ce que vient de nous dire M. Lancry prouve seulement qu'il exerce dans un pays très sain, dans une atmosphère très pure. Autrefois, les chirurgiens de Lille transportaient leurs clients à Dunkerque pour les opérer.

M. FOCHIER. — La pureté de l'eau doit aussi entrer en ligne de compte. Il y a tel quartier à Lyon où si on emploie l'eau pour les soins de propreté après un accouchement on voit éclater l'infection.

Je crois que l'eau est un des agents de propagation les plus actifs de l'infection puerpérale, aussi j'aimerais mieux laisser une femme accouchée sans soins de propreté plutôt que de la laver avec de l'eau pure ordinaire. M. Lancry est favorisé par la pureté de l'eau qu'il a à sa disposition.

M. BUDIN. — Les conclusions de M. Lancry sont singulièrement exagérées ; sans les antiseptiques, la mortalité devient parfois énorme, chacun le sait.

Permettez-moi de vous raconter sommairement le fait suivant : dans une maternité étrangère, le professeur absent fut remplacé par un autre accoucheur qui proscrivit les antiseptiques et les remplaça par l'eau pure. D'abord tout alla bien ; bientôt cependant, des cas d'infection se produisirent, une épidémie terrible éclata et la presse s'étant emparée du fait, le pauvre accoucheur eut vivement à se repentir d'avoir partagé les illusions de M. Lancry.

M. PINARD. — La petite statistique que M. Lancry vient de nous exposer prouve que l'eau simple est mauvaise même à la campagne, même dans les conditions exceptionnellement favorables où il est placé. Hé ! quoi, vous avez eu 19 femmes atteintes d'accidents sur 100 accouchées, mais prenez les statistiques des maternités, même celles des plus défectueuses comme installations, à Paris, et vous ne trouverez jamais plus de 12 pour 100 de cas défectueux.

M. TARNIER. — Dans une leçon que j'ai faite peu après la publica-

tion du travail de M. Lancry, j'ai cru devoir mettre mes élèves en garde contre les illusions dont il se berçait. Les résultats qu'il annonce ne sont pas mauvais, mais ils sont bien peu nombreux. Avant l'antisepsie, dans les conditions les plus déplorables, il arrivait souvent de voir deux ou trois cents accouchements sans aucun cas d'infection ; Depaul cite quelque part une série de 1200 accouchements sans mort. Mais tout à coup survenait une épidémie et ces morts se succédaient nombreuses. M. Lancry est bien hardi, bien courageux, se basant sur une aussi faible statistique, d'affronter une pareille éventualité.

M. LANCY. — Je crois que l'eau simple est le véritable agent à employer dans l'accouchement ; tout le monde y viendra.

Je répondrai en deux mots à mes contradicteurs. Il faut pour qu'il se produise de l'infection une plaie extérieure du col, du vagin ou de la vulve, dans ces cas, l'air pourrait amener le contagé, l'eau également aussi, dans ces cas j'emploie les antiseptiques. Mais quand il n'y a pas de plaie. . . .

Voix nombreuses. — Mais il existe toujours des lésions. Comment pouvez-vous affirmer qu'il n'y a pas quelque érosion du vagin ?

M. LANCY. —... quand l'épithélium est intact et revêt le canal génital comme d'un mur, l'eau, qu'elle contienne ou non des microbes, suffit pour chasser les caillots qui, en se putréfiant, constituent tout le danger. Quand il y a une plaie, il y a toujours fièvre.

Plusieurs membres. — Mais non ; pas du tout.

M. LANCY. — Je maintiens donc la conclusion que je formulais en commençant : dans les accouchements ordinaires, quand il n'existe pas de plaie, l'eau simple peut remplacer tous les antiseptiques.

M. HERGOTT. — Pourquoi M. Lancry emploie-t-il l'eau simple chez ses clientes pauvres et les antiseptiques chez ses clientes riches ?

M. LANCY. — Ma réponse est aisée ; les clientes riches demandent les antiseptiques et je les prescris comme je prescrirais, le cas échéant, des pilules de mie de pain.

Plusieurs membres. — Nous ne comprenons pas pourquoi cette manière d'agir.

M. LANCY. — Peut-être à Paris ? mais à la campagne on est souvent obligé de se soumettre aux préjugés des clients.

M. CHARPENTIER. — Je proteste énergiquement contre les théories que vient de soutenir M. Lancry. Si l'on fait une antisepsie rigoureuse il peut exister des lésions graves sans qu'il se produise de fièvre. Il

faut donc toujours agir préventivement car il est impossible de savoir si le canal génital est intact.

M. TARNIER. — M. Lancry ne me paraît pas bien ferme en ses convictions. Dans un premier mémoire il disait : « L'eau simple, rien que l'eau simple. » Dans un second, il admettait les antiseptiques quand il y a lésion ou fièvre. Aujourd'hui il les emploie à la ville. Bientôt, je l'espère, il sera tout à fait convaincu de leur utilité dans tous les cas et il nous reviendra converti.

PNEUMONIE ET GROSSESSE.

M. GAULARD (Lille). — Quand une femme enceinte est atteinte de pneumonie, que faut-il faire ? Souvent la pneumonie est une cause d'avortement ; alors notre conduite se borne à l'expectation. Mais dans d'autres cas, l'avortement ne se produit pas ; devons-nous intervenir ? Ou bien encore, la femme chez laquelle la pneumonie se développe est presque à terme ; faut-il alors provoquer l'accouchement prématuré ? Ce sont là des questions d'un réel intérêt pratique.

Comme contribution à l'étude de cet important problème, je désire citer trois cas que je viens d'observer dans mon service. Dans ces trois cas il s'agit de femmes atteintes de pneumonies très graves et chez lesquelles j'ai provoqué l'accouchement prématuré. Dans le premier cas le fœtus était mort avant la tentative ; les deux autres enfants sont nés vivants et ont survécu. Que sont devenues les mères ? Dans les trois cas presque aussitôt après la délivrance, il s'est produit une défervescence rapide et les trois malades ont guéri.

Faut-il conclure de ces trois succès que dans le cas de pneumonie grave survenant aux derniers mois de la grossesse, il faut provoquer l'accouchement prématuré ? Je ne vais pas jusque-là d'une manière absolue, mais étant donné qu'actuellement nous pouvons provoquer l'accouchement à peu près sans danger, je crois qu'il ne faudrait pas hésiter à délivrer prématurément une femme dont une pneumonie met la vie en danger.

J'ajouterai que tout récemment un élève de M. Pinard est arrivé à peu près à la même conclusion dans sa thèse.

M. PINARD. — La thèse dont vient de parler M. Gaulard, n'a nullement été inspirée par moi et je ne prends en aucune façon la responsabilité des idées qu'elle défend. Pour mon compte, en effet, je ne

crois pas qu'il faille provoquer l'accouchement prématuré chez les femmes enceintes atteintes de pneumonie.

M. LEVIOT. — Quel peut être l'avantage de l'accouchement prématuré ou de l'avortement au cours de la pneumonie ? Probablement tout se borne à une modification de la tension vasculaire et à une perte de sang plus ou moins abondante. Dans ces conditions, ne serait-il pas possible d'arriver au même résultat par une simple émission sanguine générale ?

M. TARNIER. — Dans la communication de M. Gaulard il y a deux points : la pneumonie se produit pendant les premiers mois de la grossesse, faut-il provoquer l'avortement ? Elle survient au contraire, pendant les derniers mois alors que l'enfant est viable, faut-il faire l'accouchement prématuré ? Je crois que ces deux hypothèses doivent être envisagées séparément.

Que se passerait-il si on provoquait l'avortement ? La femme perdrait un peu de sang, la tension vasculaire, toujours augmentée pendant la grossesse, serait diminuée, mais à ce moment l'utérus est peu volumineux et ne gêne pas la respiration, on ne serait pas en droit d'espérer une amélioration du fait de la diminution de la gêne respiratoire.

Or, c'est toujours une chose grave que de provoquer un avortement. Je pense donc que, pour le moment, l'intervention en cas de pneumonie pendant les premiers mois de la grossesse ne doit pas être tentée.
(A suivre).

BIBLIOGRAPHIE

Cure radicale des hernies, avec une étude statistique de 275 opérations et 50 figures intercalées dans le texte, par le Dr JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain.

Le traité de la cure radicale des hernies qui vient de paraître est l'ouvrage le plus considérable écrit sur la matière. Il traite de la méthode que M. Championnière applique depuis de longues années à toutes les variétés de hernie et dont il donne 275 observations. Ces opérations faites dans une période de 11 années ont permis d'affirmer la sécurité et la solidité de l'opération, d'en donner nettement les indications et les contre-indications.

Tous ces faits et tous ceux qu'apprend l'étude des hernieux au point de vue opératoire sont étudiés dans ce livre avec une grande clarté. La démonstration des faits les plus délicats de l'opération est faite à l'aide de nombreuses figures schématiques. Les détails les plus minutieux du traitement ont été étudiés avec beaucoup de précision. Ce livre édité avec

un grand soin doit tenir une place considérable dans l'enseignement de la chirurgie contemporaine.

Formulaire de médecine pratique, par le D^r E. MONIN, chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique.

Le *Formulaire de médecine pratique* du D^r Monin (*nouvelle édition, 4^e mille*), doit son succès sans précédent à la précision et à la méthode hors de pair qui caractérisent l'ouvrage, livre de chevet pour le praticien. Toutes les indications thérapeutiques de la pathologie sont compendieusement détaillées et clairement élucidées, par ordre alphabétique, dans ce volume de 650 pages, luxueusement imprimé. (Préface du professeur Peter). Envoi *franco*, relié, contre *mandat de 5 francs*, adressé à la Société d'Éditions, 4, rue Antoine-Dubois.

Les éditeurs RUEFF et Cie, boulevard Saint-Germain, 106, à Paris, viennent de mettre en vente les premiers volumes d'une remarquable collection qu'ils publient sous le nom de **Bibliothèque médicale** et sous la direction de MM. CHARCOT, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut et DEBOVE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral. Volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée. Prix : 3 fr. 50.

Cette collection comprendra une série de volumes ayant trait aux questions les plus importantes de la médecine pratique. La rédaction en a été confiée à des médecins qui, par leurs travaux antérieurs, ont acquis le plus de compétence sur le sujet qu'ils avaient à traiter. Chaque volume a, de ce fait, le caractère d'une véritable monographie dans laquelle l'état actuel de la science, les travaux, les notions thérapeutiques qui s'y rapportent, sont exposés avec une grande fidélité. Cette bibliothèque constituera par la suite une véritable encyclopédie de médecine scientifique et pratique dont la lecture sera facilitée par le format portatif des volumes et la clarté que les auteurs se sont efforcés d'atteindre dans leur exposition.

Ces volumes sont édités de façon à permettre aux médecins de les lire dans l'intervalle de leurs visites, en voiture ou en chemin de fer. Leur format, leur reliure en peau, très souple et très résistante, permettent de les mettre en poche sans qu'ils subissent la moindre détérioration.

Volumes parus dans la bibliothèque médicale Charcot-Debove.

La cirrhose hypertrophique avec ictere chronique, par V. HANOT, agrégé de la Faculté, médecin de l'hospice Saint-Antoine.

Traitement des pleurésies purulentes, par G.-M. DEBOVE et COURTOIS-SUFFIT.

Le rachitisme, par J. COMBY, médecin des hôpitaux de Paris, médecin des dispensaires pour enfants malades de la Société philanthropique.

Appendicite et pérityphlite, par CH. TALAMON, médecin de l'hôpital Tenon.

Lavage de l'estomac, par G.-M. DEBOVE et RÉMOND (de Metz).

Des troubles du langage chez les aliénés, par J. SÉOLAS, médecin suppléant de la Salpêtrière, membre de la Société médicale des hôpitaux, etc.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

71 bis. — Traitement électrique des tumeurs fibreuses par le tampon. — La méthode de traitement électrique publiée sous ce titre dans notre dernier n° (voir p. 255) a été préconisée mais non imaginée par M. Lucas-Championnière ; elle appartient à M. Danion qui l'a expérimentée dans le service de M. Lucas-Championnière ; ce dernier auteur s'en est fait le défenseur dans plusieurs circonstances, mais il n'en a été que le vulgarisateur.

* * *

72. — Intoxication par le sublimé chez les femmes en couches. — Depuis que l'emploi du sublimé s'est généralisé dans la pratique des accouchements, beaucoup d'accidents, dont un bon nombre de mortels, ont été observés. M. le Dr Sebillotte a fait, à ce propos, une thèse très complète, constituant une monographie des plus remarquables sur ce sujet, et où il a étudié, dans tous ses détails, les causes et les symptômes de cette intoxication et de tout ce qui s'y rapporte (1), intoxication assez fréquente, puisqu'il en relate 3 cas mortels cités par divers médecins, indépendamment d'un grand nombre de cas moins sérieux.

M. Sebillotte a recherché d'abord quelles étaient les conditions favorisant l'absorption et, d'une série d'expériences très bien conduites, il a pu conclure qu'une irrigation de dix minutes dans le vagin, lorsque la muqueuse vaginale et celle du col sont saines, n'est pas suivie d'absorption appréciable. Au contraire, dès qu'il existe une lésion, même minime, l'absorption se fait avec une rapidité extrême. Au niveau de l'insertion placentaire, elle est encore plus active. Presque tous les accidents mortels ou graves sont survenus après des injections utérines. D'ailleurs, des recherches nombreuses montrent qu'avec l'injection utérine, il y a *toujours* absorption ;

(1) In-8° de 200 p. avec planches. Chez Steinheil.

celle-ci serait insuffisante dans les cas ordinaires pour provoquer des accidents graves ; il n'en serait plus de même si la solution pénétrait directement dans les sinus ou si elle restait en contact prolongé avec les surfaces cruentées. Aussi l'inertie utérine joue-t-elle un grand rôle en permettant au tissu utérin, mou et spongieux, de se laisser imbibé d'un liquide qui passe dans les vaisseaux lorsque l'énergie des fibres musculaires se réveille et que la contraction se produit.

La rétention du placenta ou des débris placentaires dans la cavité utérine est encore une cause d'absorption, car leur présence empêche la contraction et maintient les orifices vasculaires béants.

Toutefois, M. Sebillotte pense que la rétention vaginale a aussi une très grande importance, car elle est très fréquente. Le constricteur du vagin et le releveur de l'anus, sans qu'on s'en aperçoive, peuvent, par leur contracture, retenir jusqu'à un demi-litre, alors que le liquide s'écoule bien en apparence.

Le cul-de-sac postérieur du vagin, par le fait seul de sa position déclive, et à la faveur d'une diminution sensible dans la pression intra-abdominale, après l'expulsion de l'enfant, peut conserver une certaine quantité de liquide. Il y a alors « ballonnement du vagin », suivant l'expression employée surtout par les Anglais.

Siredey faisait souvent observer cette rétention vaginale ; M. Sebillotte a vu, dans son service de gynécologie, plusieurs femmes venant à la consultation. Avant de les laisser partir, on leur faisait une injection boriquée. Chaque fois qu'on n'avait pas déprimé la fourchette, elles racontaient que, rentrant chez elles (presque toujours en montant l'escalier), elles s'étaient senties mouillées et avaient perdu beaucoup d'eau. Le professeur Tarnier insiste aussi sur ce sujet, d'autant plus que la position horizontale des accouchées favorise encore le phénomène.

Se basant sur ses observations et en particulier sur un cas où les urines étaient noires après des injections d'acide phénique exclusivement vaginales, Von Herff pense que dans les rétentions de liquide, les plaies vaginales sont plus dangereuses pour l'absorption que l'utérus. C'est aller trop loin et ses conclusions ne sont pas exactes. Quand il y a ballonnement vaginal, le col de l'utérus lacéré plonge dans la solution qui, même sans pression, monte par capillarité jusque dans la cavité utérine et se trouve ainsi en contact avec l'insertion placentaire et les plaies du col. C'est ce que M. Lucas-Championnière a affirmé et exprime en ces termes : « En réalité, après une

très petite injection vaginale, il passe toujours un peu de celle-ci dans l'utérus. » Nombre de faits ont confirmé cette manière de voir. Une injection intra-utérine n'est donc pas indispensable pour qu'il y ait absorption par le col et par la surface interne de la matrice.

La nature, les qualités du liquide ont aussi leur influence ; les solutions fortes augmentent le danger du mercurialisme, mais le faible titre de la solution n'est nullement une sauvegarde : plusieurs cas mortels ont eu lieu avec une solution aux 5/1000^e. C'est l'abondance qui fait courir les plus grands risques, et des quantités considérables de solutions très faibles ont amené la mort.

Le genre de solution n'est pas non plus indifférent. Il n'y eut pas d'accidents à déplorer à la Maternité tant que le professeur Tarnier put se servir de solutions alcooliques, de liqueur de Van Swieten, et c'est le cri de ceux qui l'emploient encore aujourd'hui. Il faudrait expliquer cela par l'action astringente et hémostatique de l'alcool.

Un fait digne de remarque, c'est que dans les accidents par solutions faibles (et les cas les plus récents rentrent presque tous dans cette catégorie), il y avait adjonction d'acide tartrique. Peut-être la formule de Laplace serait-elle une erreur physiologique et thérapeutique. Le fait mérite examen.

Malgré la multiplicité des causes qui peuvent favoriser l'entrée du poison dans l'organisme, il faut admettre aussi certaines susceptibilités individuelles qui produisent une intolérance absolue.

Enfin, il est des cas où l'élimination par le rein ou le tube digestif peut être entravée.

Une fois l'intoxication produite, elle peut revêtir deux formes : l'une légère et l'autre grave. Nous n'insisterons ici que sur la première, dont l'intérêt est double, parce que, d'une part, elle peut n'être que le début de la seconde, et qu'il est fort important de la reconnaître, et que d'autre part, elle peut facilement être méconnue.

Dans les cas légers, les accidents peuvent débiter insidieusement. Tout va bien, lorsque vers le troisième ou quatrième jour, rarement plus tôt, quelquefois seulement le sixième ou septième, apparaît la diarrhée.

Les selles fréquentes sont abondantes et glaireuses, elles répandent une odeur infecte très désagréable, contiennent du sang et s'accompagnent de coliques et de ténésme. En même temps sur les gencives gonflées, on voit un liseré rouge ; la bouche devient sensible, la

malade éprouve de la sécheresse de la gorge et de l'agacement des dents. Il n'est pas rare que la stomatite soit plus marquée ; la langue s'épaissit, est blanche et chargée ; sur ses bords et sur la muqueuse des joues, les dents forment des dépressions. Parfois la salivation s'établit modérée ordinairement, plus abondante dans quelques cas. Puis les gencives saignent, leur muqueuse et celle des joues se recouvrent d'un exsudat pseudo-membraneux et même s'ulcèrent. Les dents deviennent branlantes. L'haleine sèche, exhale une odeur désagréable, fétide.

Malgré ces symptômes, l'état général reste presque toujours bon, l'appétit et les forces sont conservés, la température est normale. Cependant, chez les femmes anémiées par une hémorragie ou mal portantes, il n'est pas rare de constater de l'abattement, une légère somnolence ; parfois il y a un peu de surexcitation nerveuse, surtout dans les cas où la stomatite domine avec ou sans diarrhée ; enfin, certaines femmes ont des nausées et même des vomissements.

Les urines, émises en quantité normale d'ordinaire, sont quelquefois moins abondantes, fréquemment elles sont albumineuses, surtout vers le 8^e jour des couches (Dakin).

Cette albuminurie est légère et peut se montrer 2 ou 3 jours après la suppression des injections de sublimé (Dakin) ; elle dure 24 ou 48 heures au plus. Les urines peuvent être troubles, épaisses, elles contiennent des cellules épithéliales du rein, des globules rouges du sang : on y a constaté aussi la présence du mercure.

Si, dès l'apparition des accidents, les injections du sublimé ont été supprimées, bientôt les symptômes s'amendent ; la diarrhée cesse après avoir duré de 2 à 4 jours, mais la stomatite diminue plus lentement.

Lorsque les accidents toxiques arrivent à une époque plus rapprochée de l'accouchement ou peu après une injection intra-utérine, ils sont plus sérieux et se succèdent dans un ordre différent. Pendant l'injection même, la malade peut accuser une légère douleur dans le bas-ventre, dans la gorge des picotements et une sensation de brûlure, dans la bouche un goût métallique et mauvais. La céphalée, des nausées et des vomissements ne sont pas rares ; le poulx s'agite un peu, mais la fièvre ne s'allume pas.

Bientôt survient la diarrhée, qui se manifeste quelques heures, un jour après l'injection. Les coliques, le ténesme, les selles sanguinolentes, s'observent plus fréquemment que dans les cas précédents. La

diarrhée plus abondante est aussi plus longue et plus rebelle au traitement. La stomatite, si elle existe, commence 2, 3, 5 jours après le début de la diarrhée ; son intensité varie depuis le simple liseré gingival jusqu'aux plaques diphthéritiques et l'ulcération. La salivation est modérée ; elle peut faire complètement défaut, ou bien être très abondante. Cette stomatite disparaît lentement.

Dans les cas où les symptômes d'hydrargyrisme n'apparaissent que le 6^e ou 8^e jour, ou plus tard encore, après un certain nombre d'injections vaginales de sublimé, soit que l'intoxication ait été lente, soit pour une cause qui échappe, les accidents diffèrent encore de ceux décrits. L'intestin semble épargné, il n'y a pas ou peu de diarrhée, pas de coliques, ni de météorisme de l'abdomen ; quelquefois il y a constipation. La bouche paraît seule malade ; c'est une gingivite et une stomatite peu intenses, avec une faible salivation. Si elle n'est pas soignée, l'inflammation buccale augmentera sans jamais devenir sérieuse ; une médication appropriée la fait disparaître rapidement. Ces cas sont, de tous, les plus légers, certainement aussi les plus fréquents ; il n'est pas d'accoucheur se servant du sublimé qui n'en ait observé.

Enfin, l'hydrargyrie, les érythèmes, se manifestent aussi dans des cas d'intoxication légère. Le plus habituellement, l'éruption cutanée se manifeste seule, en dehors de toute autre manifestation hydrargyrique, et c'est généralement quelques heures après les injections faites pendant le travail et après la délivrance qu'elle paraît. L'érythème, qui débute au niveau des régions vulvaires et inguinales, se généralise presque partout, sauf sur la face, les mains et les pieds. Tantôt les phénomènes généraux sont nuls, tantôt il y a du malaise, de la fièvre, la gorge est rouge et sèche, et il existe un prurit plus ou moins violent. Après une durée variable, de quatre à dix jours, cet érythème, essentiellement polymorphe, disparaît presque sans desquamation.

La prophylaxie de l'intoxication mercurielle se résume en ces deux points : ne pas faire usage du sublimé lorsqu'il y a contre-indication ; dans ces cas, M. Tarnier emploie de préférence le permanganate de potasse à la dose de 0,50 centigrammes par litre d'eau ; et, quand on fait des injections au bichlorure, prendre les précautions les plus minutieuses pour éviter l'absorption.

Les contre-indications sont : le mauvais état général, la non intégrité des reins et du tube digestif, les lésions vaginales ou utérines, la

rétenion du placenta, l'avortement. Si l'on emploie le sublimé, la liqueur de Van Swieten, plus ou moins affaiblie, paraît le meilleur mode de solution, préférable à la solution, tartrique ; il faut s'assurer enfin, par tous les moyens, en particulier par des lavages inoffensifs, que la solution mercurielle n'a pas été retenue.

(Journal de Méd. et de chirur. prat.)

* * *

73. — Des vomissements de la grossesse. Étiologie et traitement, par le D^r MERVEILLE. — Le vomissement de la grossesse, souvent peu grave, quelquefois incoërcible et fatal, dépend d'un état pathologique d'un des trois éléments de l'acte réflexe qui le provoque : 1^o l'utérus gravide ; 2^o les centres nerveux centraux ou ganglionnaires ; 3^o l'estomac. Il importe de déterminer le lieu d'origine de la maladie.

1^o Affections de l'utérus et leur traitement ; flexion, déviation, avec enclavement pelvien (décubitus approprié et quelquefois pessaires mous, gonflés à l'eau ou au gaz), congestion du col (scarifications ; tampons à la glycérine), ulcération du col (pansement avec phénol, iodoforme, nitrate d'argent à 10 %, etc.), rigidité du col (pommade à la belladone, cocaïne, etc., dilatation journalière avec le doigt et au besoin avec dilateurs végétaux ou mécaniques ordinaires).

2^o Affections nerveuses ; nervosisme et hystérie (Kaltenbach prétend que, presque toujours, ces vomissements sont un symptôme hystérique) ; KBr, NaBr, chloral, association de ces deux médicaments à prescrire en lavements ; suggestion, pulvérisations étherées ou glace sur la colonne dorsale inférieure, etc.

3^o Affections de l'estomac. Rarement dyspepsies ou gastrites primitives ; souvent dyspepsie, congestion, inflammation, excitabilité et hyperacidité consécutives : alcalins, potion à la morphine, codéine, cocaïne, menthol, etc., glace et révulsifs à l'épigastre, injections morphinées.

Dans tous les cas : alimentation légère, peu abondante à la fois, lavements nutritifs.

Enfin, certains cas sont absolument rebelles et nécessitent l'accou-

chement prématuré, thérapeutique de désespoir, à laquelle il faut recourir non précipitamment, mais toutefois à temps.

(*Gazette de Gynécologie.*)

* *

74. — Rétroflexion aiguë de l'utérus non gravide. Réduction immédiate. Guérison, par M. AUDEBERT. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 11, 13 mars 1892, p. 141.)— Il s'agit d'une femme de 25 ans, de santé délicate ayant eu en 1886 et en 1889 deux avortements de trois mois et trois et demi sans autre cause appréciable que la fatigue imposée par sa profession de repasseuse. En janvier 1891, pâle, amaigrie, marchant difficilement, se plaignant de douleurs très vives dans le côté droit du bas-ventre, ayant un utérus assez volumineux mais mobile et sans aucune déviation ; elle présentait tous les signes d'une endométrite aiguë post-abortive avec salpingo-ovarite droite.

Prise subitement quelque temps après, pendant de violents efforts de défécation d'une douleur intolérable dans la région de l'anus, le toucher vaginal et le toucher rectal démontraient qu'une rétroflexion instantanément survenue était cause de tout le mal.

M. Audebert se mit en mesure de réduire aussitôt, si cela était possible, cette déviation utérine. Faisant mettre la malade dans la position géno-pectorale, lui déprimant de l'index gauche la paroi antérieure du vagin pendant que l'index et le médius droits introduits dans le cul-de-sac postérieur cherchaient à mobiliser le corps de l'utérus rétrofléchi, il sentit après quelques tâtonnements la tumeur se relever peu à peu et au bout de deux ou trois minutes la matrice redevenir horizontale puis reprendre sa direction normale.

Cette manœuvre pratiquée au milieu des cris de la patiente, déterminant un grand soulagement, faisant disparaître comme par enchantement les douleurs suraiguës.

Après s'être assuré par le toucher du rectum que l'utérus était bien placé, il fut facile de sentir à cinq ou six centimètres au-dessus de l'anus un bol fécal extrêmement consistant, cause probable du déplacement.

La malade put reprendre ses occupations après quelques jours de repos pendant lesquels le décubitus dorsal ne fut permis qu'exceptionnellement. Les règles survinrent sans coliques plus marquées que précédemment.

C. A.

* * *

75. — Endométrite chronique. Pyo-salpingite. Curettage. Péritonite. Laparotomie. Mort, par M. LAMBOTTE. (*Journal d'accouchements et Revue de médecine et de chirurgie pratiques de Liège*, n° 5, 15 mars 1892, p. 49). — L'autopsie démontra que le diagnostic était inexact, quant à l'état des annexes les trompes, en effet, étaient atteintes de pyo-salpingite et non de salpingite catarrhale comme l'avait pensé le médecin traitant. Ce fut même la rupture de la trompe droite produite pendant le curettage par suite des tractions opérées sur l'utérus qui donna lieu à la péritonite.

Aussi convient-il de toujours s'assurer avec soin de l'état des annexes avant de pratiquer le curettage utérin, de ne pas pratiquer ce dernier s'il existe une tuméfaction des trompes, le diagnostic différentiel entre la salpingite catarrhale et le pyo-salpinx pouvant être impossible de recourir plutôt à la salpingotomie abdominale, car lorsqu'une rupture survient, les symptômes de péritonite ne sont suffisamment caractérisés pour autoriser la laparotomie qu'à un moment où les lésions sont déjà irréparables.

C. A.

* * *

76. — Traitement de l'hématocèle pelvienne, par M. MANGIN. (*Marseille médical*, n° 4, 15 février 1892, p. 140). — Le traitement de l'hématocèle doit être au début exclusivement médical, exception faite toutefois pour les cas de rupture de grossesse utérine. On ne songera à l'intervention chirurgicale que si la résorption de l'épanchement ne se fait pas, il en sera de même si des poussées successives mettent en danger la vie de la malade ou encore s'il y a des lésions sérieuses des trompes et des ovaires. Dans l'hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine, l'intervention hâtive s'impose et l'opération de choix est la laparotomie réservant l'incision vaginale aux collections peu abondantes et bien kystées ou tout au contraire aux collections très abondantes avec état général très mauvais, lorsque toutefois on n'a plus de crainte d'hémorrhagie une fois la collection vidée.

* * *

77. — Traitement du tétanos puerpéral, par Ch. VINAY.

— En face d'une accouchée atteinte de tétanos, l'indication est triple ; il faut à la fois :

1° Agir localement sur la plaie pour éliminer ou détruire les agents pathogènes ;

2° Modifier l'état du sang altéré par la toxine ;

3° Diminuer le pouvoir excito-moteur de la moelle.

1° L'action locale sur la plaie utérine ne laisse pas d'être décevante ; on ne peut guère espérer de résultat favorable par l'emploi des procédés de l'antisepsie quand les premiers symptômes ont apparu. A ce moment déjà, le sang a été envahi par le poison tétanique, les centres nerveux sont atteints et la gravité existe d'emblée sans atténuation possible par les agents de désinfection. Cependant on fera bien de ne pas se désintéresser absolument de tout traitement local, la maladie semble revêtir une gravité insolite lorsqu'elle se développe conjointement avec des accidents de septicémie ; en luttant contre cette dernière on pourrait peut-être atténuer l'intensité de l'affection principale. Mais il est recommandé d'agir avec la plus grande douceur, on évitera surtout de dilater le col par des moyens violents, l'excitation de cet organe provoque facilement des réflexes et amène ces accès de contracture qu'il faut éviter à tout prix.

2° Les tentatives faites jusqu'à ce jour pour modifier l'état du sang sont restées infructueuses ; elles méritent cependant autre chose que le dédain. On sait qu'il est possible de conférer aux lapins l'immunité contre le tétanos, soit en injectant dans le sang une certaine quantité de culture tétanique filtrée et chauffée ensuite à 60°, selon le procédé de Vaillard, soit encore, comme l'ont pratiqué Behring et Kitasato, au moyen du trichlorure d'iode introduit sous la peau. Or, ces derniers observateurs ont affirmé que la guérison du tétanos pouvait être obtenue par l'injection du sérum sanguin provenant d'animaux rendus au préalable réfractaires à cette maladie. Une seule tentative a été faite par Baginsky pour vérifier sur un enfant atteint de trismus la valeur de cette méthode. Le résultat a été mauvais, la marche de la maladie n'a nullement paru influencée par les injections et le petit malade a succombé. Il y aurait peut-être quelques tentatives nouvelles à faire dans cette voie, mais il semble que si l'on veut obtenir quelques résultats on doive recourir à des doses assez fortes de sérum sanguin.

3° On a employé de nombreux médicaments dans le but d'enrayer les contractures et de diminuer l'exagération énorme d'un pouvoir

excito-moteur des centres nerveux ; on a utilisé l'opium et la morphine, la belladone et l'atropine, le chloral et le chloroforme, le bromure de potassium, le curare, la fève de Calabar, le haschich, le nitrite d'amyle, le tabac, la ciguë, le véraltrum viride, etc. ; cette longue nomenclature indique déjà l'inutilité des efforts tentés. Les rares cas de guérison qu'on a signalés ont été obtenus par des médications variées : sangsues, musc, valériane, bains chauds, lavements de térébenthine, injection de morphine, chloral ; il est à peine besoin de faire remarquer que tous ces agents thérapeutiques employés de la même façon dans d'autres cas analogues sont restés sans effets.

Le médicament qui semble avoir donné les meilleurs résultats, c'est le chloroforme administré en inhalations : mais ce traitement doit être dirigé avec prudence et seulement par une main exercée ; les menaces d'asphyxie sont permanentes dans le tétanos et le chloroforme, à lui seul, peut la provoquer. Les inhalations devront être continuées pendant plusieurs heures, la narcose doit être profonde et prolongée.

A côté du chloroforme il faut placer le chloral qui jouit de propriétés analogues et que les physiologistes considèrent comme l'antidote par excellence de la strichnine. Si l'on veut obtenir quelques résultats avec ce médicament, il faut l'administrer à larges doses comme dans l'éclampsie : 1 gr. par heure, 10, 12, 14 gr. dans la journée, on doit toujours pousser jusqu'au sommeil et à la résolution musculaire ; c'est avec des doses massives que Verneuil a pu guérir un de ses blessés. L'introduction se fera par la bouche tant que ce sera possible, car la voie buccale est la meilleure ; mais si le resserrement des maxillaires est extrême et que la déglutition devienne difficile, il faudra utiliser la voie rectale et donner des lavements avec 4 gr. de chloral. Les injections intra-veineuses ne sauraient être conseillées, il serait préférable de recourir à la morphine en injections hypodermiques si les lavements étaient rejetés. La morphine présente des avantages incontestables, elle agit rapidement et amoindrit la douleur, et puis elle procure encore quelque sommeil aux malheureux tétaniques ; je la crois cependant inférieure au chloral.

Une méthode qui mérite toute l'attention du praticien est celle qui consiste à administrer le chloral conjointement avec le chloroforme, le premier comme médicament ordinaire, le second étant réservé pour les accès paroxystiques.

Les bains chauds prolongés suivis de l'enveloppement avec des

compresses humides ont une action sédative incontestable, ils activent aussi les fonctions de la peau avec une grande énergie et favorisent par cette voie l'élimination du poison, mais leur emploi doit être réglé sur l'emploi des forces et la résistance des malades, il faudra y renoncer si les pratiques de la balnéation provoquent un redoublement des contractures.

Enfin on veillera scrupuleusement sur l'hygiène des accouchées, on les préservera de toute agitation physique ou morale. Dupuytren voulait placer les tétaniques « dans une chambre obscure, éloignée du bruit, du mouvement et de la société ». Il sera nécessaire de maintenir le corps dans une température douce et uniforme par l'enveloppement dans l'édredon ou la ouate, il faudra recourir aux lavements s'il existe une accumulation de matières dans l'intestin, mais avec défense de tout mouvement, de toute tentative pour se lever. On luttera contre la soif et on usera d'une alimentation aussi tonique que possible, mais il serait absurde de tenter l'écartement brutal des mâchoires. De cette façon, on pourra soutenir les forces de la patiente et la mettre à même de supporter la durée parfois longue de la maladie. Le séjour au lit sera prolongé fort avant dans la convalescence, par crainte des rechutes.

(*Archives de Tocologie et de Gynécologie*).

78. — Contre le prurit vulvaire. (MONIN).

Huile de foie de morue.....	} aa 10 gr.
Huile de cade.....	
Lanoline.....	
Nitrate d'argent.....	0.30 centig.

M.

Faire dissoudre au bain-marie.

Onctions trois fois par jour (*agita ante usum*).

79. — Hémorrhagies post-partum ; leur étiologie et leur traitement, par A. P. CLARKE. (*American Association of Obstetricians and Gynecologists*, 17, 18, 19 septembre 1891).
- Après une recherche soigneuse des conditions qui peuvent conduire à l'hémorrhagie post-partum, telles que l'atonie utérine, la

contracture bilobée ou en sablier, la distension exagérée des vaisseaux utérins, l'ectasie des vaisseaux du fond de l'organe, l'œdème de la matrice, les insertions vicieuses du placenta, les fibromes ou autres néoplasmes utérins, les dilacérations de l'utérus, du vagin ou de la vulve, l'auteur en arrive à parler du traitement de ces hémorrhagies. L'anesthésie est d'un avantage incalculable en ce qu'elle diminue les dangers inhérents à la parturition, et surtout dans les cas d'inertie utérine dépendant d'une faiblesse générale de l'organisme. Quand les reins sont sérieusement malades, le chloroforme est moins dangereux que l'éther. La compression sur le corps utérin pendant l'expulsion du fœtus favorise les contractions continues ou régulières et diminue les risques d'hémorrhagies graves. L'ergotine rétablit les contractions normales ; elle agit vite et bien au moyen des injections hypodermiques, surtout dans les cas moyens. Quand l'hémorrhagie est profuse, les injections intra-utérines seront d'un grand secours ; l'eau froide peut être employée chez les femmes pléthoriques ; chez celles nerveuses, l'on préférera l'eau à 45°. Il est probable que dans ce dernier cas, l'hémostase a lieu par formation de thrombus s'étendant plus ou moins profondément dans les vaisseaux.

Le froid possède une action réflexe ; il tonifie tous les tissus et favorise la contraction des tuniques des vaisseaux dilatés. La caféine, en injections sous-cutanées, peut être utile. L'électrisation peut également aider à la contraction vasculaire et utérine. Quand l'hémorrhagie peut être prévue, l'administration précoce de quinine à large dose permet parfois de l'éviter. Certaines douleurs permettent de la prévoir ; ce sont des douleurs venant brusquement, cessant de même, et laissant entre elles de longs intervalles anormaux ; l'on peut alors en inférer qu'il y a un déficit dans l'influx nerveux d'où résultera une atonie utérine, un manque de contraction et, par suite, une non-obstruction des vaisseaux sanguins. Quand l'hémorrhagie provient du segment inférieur de l'utérus ou de la partie la plus élevée du col, l'application de gaze iodoformée et de ouate antiseptique rendra des services.

L'auteur a la plus grande confiance dans l'usage du nitrite d'amyle qui est un stimulant extrêmement puissant des artères et du cœur.

Les injections intra-veineuses présentent quelques dangers, et leur emploi dépendra des cas en particulier. Celles qui présentent le plus d'avantages sont les injections alcoolisées salines, soit hypodermiques, soit intra-veineuses.

On emploiera dans certains cas la compression de l'aorte abdominale ; elle donnera du temps au médecin et sera utile quand tous les autres moyens auront échoué ; cette conduite prudente a été approuvée par des auteurs tels que Barnes, Churchill, Simpson.

R. F. M.



80. — Le cancer primitif de l'utérus et son traitement,
par le Dr BISCH. — L'auteur, se basant sur un grand nombre d'observations, et sur l'avis de Cornil, de Landau, d'Abel, de Routier, de Klotz, de Lawson-Tait, etc., arrive à cette conclusion que l'examen microscopique ne donne de résultat précis que s'il porte un lambeau de tissu excisé au bistouri ou aux ciseaux. L'examen n'est le plus souvent positif que s'il s'agit d'un néoplasme déjà avancé et perceptible au toucher après dilatation utérine ; d'un autre côté, un examen négatif ne signifie rien au point de vue de la bénignité de l'affection. M. le professeur Cornil avoue que sur ce point les données de l'histologie sont encore fort imparfaites, et qu'avant d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer, il faut des examens multiples, pratiqués par un micrographe des plus exercés.

De même le toucher intra-utérin après dilatation du col donne peu d'indications quand il s'agit d'un cancer au début.

En résumé, lorsqu'un utérus a terminé sa période d'activité fonctionnelle et qu'il devient l'origine d'hémorragies répétées, abondantes, incoercibles, entraînant un amaigrissement rapide, et de douleurs parfois vives, lorsque le toucher démontre l'intégrité du col, il faut penser immédiatement à un cancer du corps utérin, et ne pas attendre pour opérer que le diagnostic soit confirmé par le microscope ou même par le toucher intra-utérin. Dès ce moment, la malade est exposée à une dégénérescence maligne si toutefois le cancer n'est pas déjà déclaré. A la clinique de la Charité, à Lyon, le chef de clinique du professeur Laroyenne, M. le docteur Goullioud, a opéré trois fois dans ces conditions, et trois fois l'examen de la pièce enlevée a montré la justesse du diagnostic.

Dans la seconde partie de la thèse on étudie tous les procédés d'extraction de l'utérus, rapportant les statistiques publiées à propos de chaque procédé opératoire.

Les indications thérapeutiques font l'objet d'un chapitre spécial.

L'hystérectomie vaginale est le procédé de choix ; à la suite de

cette opération les récidives paraissent se faire moins souvent ou moins vite que dans le cas du cancer du col. On a eu des survies de sept ans sans récidives. Malheureusement, les statistiques portant sur les seuls cas de cancers primitifs du corps utérin sont fort rares et il serait désireux qu'on n'englobât plus ces cas avec les néoplasmes du col sous le nom générique de cancer utérin (Thèses de Lyon, 1891).

Nous faisons suivre l'analyse du travail de M. Bisch de la description d'un nouveau procédé opératoire appliqué au cancer de l'utérus par M. Purull.

L'auteur décrit une méthode de décortication qu'il a employée dans un cas, avec succès. Le col est saisi et abaissé et une sonde introduite dans la vessie. Une incision circulaire est faite sur la muqueuse cervicale à 1/2 pouce du tissu morbide. On relève le lambeau et on taille, à coup de ciseaux, sur le tissu musculaire, au-dessous du revêtement péritonéal. Les artères utérines sont pincées d'abord et liées ensuite ; on tire sur le col de manière à avoir toujours sous l'œil la partie sur laquelle doivent agir les ciseaux et on continue ainsi jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un pouce carré environ du tissu utérin ? Si la cavité de Douglas se trouve ouverte, il saisit la base des ligaments larges dans de longues pinces et divise le reste du tissu.

Il pense que tous les cancers peuvent être opérés de la sorte pourvu qu'ils le soient à une période assez précoce pour laisser un espoir de guérison. Et cet espoir est justifié tant que la dégénérescence n'a pas dépassé les limites des tissus utérins. Quant aux chances de récidive, elles sont les mêmes qu'avec une moindre opération.

(*Journal de méd. de Paris*).

81. — Ecoulements vaginaux. — Solution :

Acide phénique pur.....	1 gramme.
Alcool ou eau de Cologne.....	30 —
Eau.....	70 —

Mélez.

A l'aide du spéculum, on introduit, une ou deux fois par jour, des tampons imbibés de ce mélange et chaque fois qu'on les enlève, on pratique des injections légèrement astringentes. Dès que les surfaces sont détergées, on remplace les tampons d'alcool phéniqué par

d'autres, imprégnés d'une solution moins active, telle que la suivante :

Acide tannique.....	15 grammes.
Glycérine pure.....	90 —

(*Gaz. de gynécologie*, 1892 ; n° 138.)

* * *

82. — Maladies des enfants. — Sirop créosoté :

Créosote.....	5 grammes.
Alcool à 90°.....	125 —
Glycérine neutre.....	50 —
Sirop de tolu.....	250 —
Eau de laurier-cerises.....	} à 40 —
Eau distillée.....	

F. S. A. — Une cuillerée à café contient cinq centigr. de créosote.

A recommander pour les enfants.

(*Journal. de chirurg. et thérap.*, n° 11.)

* * *

83. — Utérus bicorne et grossesse. — Dans la séance du 3 mai de la Société de pathologie, M. J. R. Ratcliffe (de Burnley) a présenté un utérus bicorne provenant d'une femme morte à la suite d'un accident. La corne gauche contenait un fœtus d'environ trois mois. Les deux cornes utérines étaient de dimensions à peu près égales et mesuraient 12 centimètres de profondeur sur 15 de circonférence. Cette femme avait déjà eu un enfant à terme et n'avait jamais fait de fausses couches. Elle ne se savait pas enceinte et la menstruation avait été régulière jusqu'au moment de sa mort. Ce fait mérite d'être signalé, car il fournit dans une certaine mesure une explication du phénomène de la superfétation.

En outre, on observait, sur l'ovaire droit, la présence d'un corps jaune. Cet autre fait, la coexistence d'un corpus luteum dans l'ovaire droit, et d'un fœtus dans la corne gauche, tendrait à démontrer qu'il y a eu *transfert* de l'œuf d'une corne utérine à l'autre.

(*La Sem. méd.*).

FORMULAIRE

De l'emploi du dermatol en gynécologie. (Jules CHÉRON).

Le dermatol ou gallate basique de bismuth est un corps découvert par Heinz et Liebrecht, se présentant sous la forme d'une poudre jaune safran, inodore, très fine, non hygroskopique, inaltérable à l'air et à la lumière.

Il n'est ni toxique (on peut en administrer à l'intérieur deux grammes par jour sans inconvénients) ni irritant. Il a des propriétés siccatives énergiques et il est en même temps cicatrisant. Son pouvoir antiseptique est très net sur les microbes de la suppuration et en particulier sur les staphylocoques doré et blanc et sur le streptocoque.

On l'emploie utilement contre l'eczéma et le prurit vulvaire, sous la forme de pommade au dixième, suivant la formule suivante :

Dermatol..... 3 grammes.

Vaseline..... 30 grammes.

Appliquer un peu de cette pommade le soir en se couchant et la laisser en place jusqu'au lendemain matin.

Dans plusieurs cas de vaginite chronique, j'ai vu l'écoulement se tarir rapidement à la suite d'applications quotidiennes de tampons d'ouate hydrophile imbibés avec l'émulsion suivante :

Dermatol..... 20 grammes.

Glycérine neutre..... 200 grammes.

Contre l'endométrite de forme catarrhale, on a recommandé l'emploi de crayons médicamenteux à 5 %, et même jusqu'à 10 %. Je dois dire que je ne l'ai pas expérimenté sous cette forme, ne faisant que très rarement usage des crayons médicamenteux dans le traitement des endométrites. L'action de l'émulsion glycinée de dermatol sur le catarrhe cervical, tout en étant très nette, s'est montrée inférieure à celle du glycérolé d'ichthyol dont je rappelle ici la formule :

Sulfo-ichthyolate d'ammonium 4 grammes

Glycérine neutre..... 40 grammes

Enfin, Glaser recommande les insufflations de poudre de dermatol dans le traitement palliatif de l'épithélioma du col, pour diminuer l'abondance et la fétidité des sécrétions.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — ENDOMÉTRITE TUBERCULEUSE COMPLIQUÉE D'INFECTION GONORRHÉIQUE.

II. — GUÉRISON DE L'INCONTINENCE D'URINE, CHEZ LA FEMME, PAR LA MÉTHODE DE THURE-BRANDT.

I. — Les observations d'endométrite tuberculeuse ne sont pas encore très nombreuses, aussi croyons-nous utile de reproduire ici le fait suivant, rapporté par M. Saulmann (de Bruxelles) à la *Société belge de gynécologie et d'obstétrique* (séance du 24 avril 1892). (*Bull. de la Soc.*, 1892, n° 4.)

« Une jeune dame de 19 ans, qui souffrait de fortes douleurs du côté gauche de l'abdomen et d'un écoulement purulent du vagin, s'adressa à un confrère.

« Celui-ci diagnostiqua une endométrite simple avec engorgement des annexes ; ne constatant aucune affection de l'urèthre, il prescrivit des injections astringentes et des cataplasmes sur le ventre.

« Ce traitement n'amena aucune amélioration et quelque temps après la malade vint me consulter.

« Voici ce que j'ai constaté : un état général peu satisfaisant, amaigrissement notable, prostration générale et douleurs incinantes du côté gauche de l'abdomen.

« Le ventre est ballonné ; il s'écoule du vagin un liquide

purulent très abondant ; la pression sur le canal de l'urèthre n'amène aucun écoulement ; la malade urine sans douleur.

« A l'examen combiné de l'abdomen, on constate facilement une tumeur fluctuante à gauche de la matrice, tumeur qui remplit le cul-de-sac gauche. La matrice est gonflée et douloureuse au toucher.

« A l'aide du spéculum, je recueillis une petite quantité de pus provenant du col de la matrice et je le soumis à l'examen microscopique par la méthode de Bumm.

« Une goutte de pus, placée sur un verre, est desséchée à la flamme et traitée par une solution aqueuse de fuchsine.

« Comme je le prévoyais, je rencontrai une grande quantité de gonococci de Neisser, se présentant sous la forme de fèves de café enfermées à deux, trois et même plus dans des globules de pus. Cette disposition est la caractéristique de la gonorrhée.

« Mais la présence d'un nombre notable de bacilles de Koch dans la préparation changea mon opinion sur la gravité de l'affection.

« J'étais donc en présence d'une affection tuberculeuse compliquée de gonorrhée.

« Le traitement antigonorrhéique fut institué : lavages du vagin à l'aide d'une solution de nitrate d'argent à 4 %, introduction, dans la matrice, d'autophores au chlorure de zinc et au sublimé.

« Tous les jours une préparation microscopique fut faite ; le nombre des gonococci diminua progressivement, tandis que celui des bacilles de Koch alla en augmentant.

« L'examen des poumons fut négatif ; la malade n'a jamais toussé et n'expectore pas.

« Après huit jours de ce traitement, les gonococci disparurent, mais les bacilles de Koch persistèrent en grand nombre. Un jour même, la malade accusa un grand soulagement du

côté gauche du ventre ; elle me dit avoir senti quelque chose s'ouvrir dans son ventre, je l'examinai et je vis s'écouler du col un flot de pus. Un abcès s'était ouvert dans la trompe. L'examen de ce pus me fit constater une quantité énorme de bacilles (c'est la préparation que je vous présente ici). »

M. Saulmann fait remarquer de quel secours lui a été l'examen microscopique, pour le diagnostic, dans ce cas intéressant.

Il pense que la constatation d'une tuberculose utéro-salpingienne doit avoir pour conséquence l'ablation de l'utérus et de ses annexes, pour mettre autant que possible la malade à l'abri de l'infection générale, tous les autres organes semblant sains jusqu'à l'heure actuelle.

II. — Le D^r Popelin rapporte, dans la *Policlinique* (de Bruxelles) (n° 1, p. 7), une observation d'incontinence complète d'urine, guérie par la méthode de Thure-Brandt.

Il s'agit d'une femme de 72 ans, ayant eu trois enfants, le premier à l'âge de 22 ans, le dernier à l'âge de 38 ans. L'incontinence d'urine succéda au premier accouchement qui fut long et pénible (accouchement au forceps), s'aggrava à chacun des autres accouchements, jusqu'à devenir un véritable tourment pour la malade. L'incontinence était complète, le sphincter vésical absolument inerte, laissait l'urine s'écouler goutte à goutte. Forte cystocèle ; canal de l'urèthre hypertrophié, donnant au toucher la sensation d'un cordon fibreux. Utérus en position normale, mobile, légèrement atrophié ; pas d'atrophie sénile du vagin.

Après un petit nombre de massages, la malade put garder ses urines et la guérison complète fut obtenue en quinze séances.

Nous avons obtenu dernièrement un succès dans un cas analogue : après 18 massages, la malade qui urinait, 30 à 40 fois

dans la journée, au point qu'elle était obligée de porter une garniture toutes les fois qu'elle devait se tenir debout ou faire une course, en était arrivée à ne plus se garnir et à garder facilement ses urines pendant 5 à 6 heures de suite.

Le moyen est donc bon à connaître ; nous avons suivi du reste exactement le manuel indiqué ci-dessous :

« L'index gauche enduit de vaseline est introduit dans le vagin et s'applique à la face postérieure de la symphyse pubienne.

« La main gauche, fléchie à angle presque droit sur l'avant-bras, déprime le périnée par sa face dorsale. L'index gauche est légèrement recourbé de manière à s'appliquer à toute l'étendue du canal de l'urèthre et à atteindre le sphincter vésical.

» La main droite saisissant le poignet gauche, fait alors exercer à l'index gauche des pressions dirigées alternativement de gauche à droite et de droite à gauche, qui ont pour effet de comprimer l'urèthre contre la face postérieure du pubis.

« A ces pressions s'ajoute un mouvement de trépidation sur place (vibration-pression de Brandt), dirigé dans le sens des pressions.

« Ces manœuvres se répètent cinq à six fois de suite.

« Il ne faut jamais perdre de vue, dans l'exécution de ces mouvements, que l'index est absolument immobile et n'exécute d'autres mouvements que ceux qui lui sont communiqués par la main droite.

« A ces deux manœuvres, j'ajoute un massage de la vessie par la paroi abdominale, dans le but d'exciter la contractilité des parois vésicales et je termine chaque séance par le massage des parties latérales du réservoir urinaire. »

APPLICATION DE LA GALVANO-CAUSTIE THERMIQUE

à la gynécologie,

Par le D^r Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(Suite.)

Pour terminer la question relative aux cautères galvaniques, il me reste à décrire une série de ces instruments, à forme spéciale, que j'ai imaginés en vue des opérations si diverses que l'on peut être appelé à pratiquer sur les organes de l'appareil utéro-ovarien.

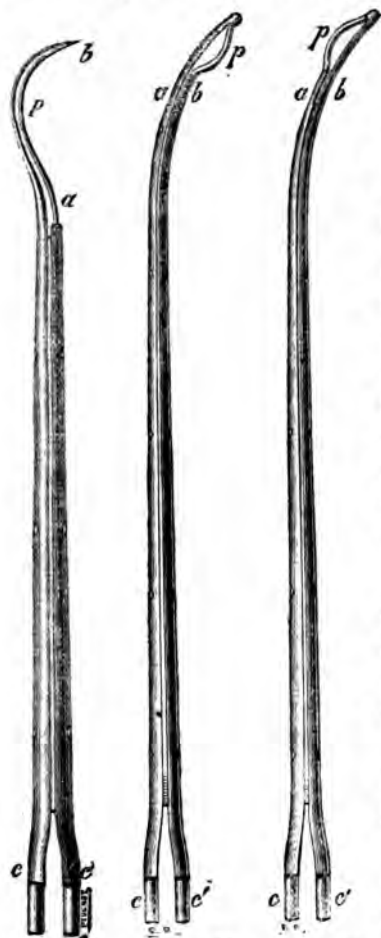


Fig. 27.

Fig. 28.

Fig. 29.

Scarificateurs galvaniques. — Dans l'opération de l'ignipuncture profonde à flèches multiples, que j'ai imaginée pour porter remède à l'ectropion de la muqueuse du canal cervical, il est des cas où il est de toute nécessité, si on veut faire une opération sérieuse et obtenir des résultats durables, de scarifier dans toute sa longueur et jusqu'à l'isthme, la muqueuse du canal cervical.

J'ai fait construire dans ce but quatre cautères ayant la courbure que l'on donne habituellement aux hystéromètres (fig. 28 et 29.)

Ces cautères sont disposés, l'un pour scarifier la partie droite, l'autre pour la partie gauche, le troisième la partie antérieure et le quatrième la partie postérieure du canal cervical.

Ils sont essentiellement formés par deux tiges en cuivre juxtaposées l'une à l'autre et isolées entre elles par une entretoise d'ivoire. Les extrémités *cc'* de ce système se placent sur le manche galvanique. A l'autre extrémité, les deux tiges, progressivement amincies, sont inégales, laissant par suite entre leurs pointes respectives un intervalle complété par un arc en fil de platine dur *apb*.



Serpette galvanique. — Une autre forme de cautère est la serpette galvanique. Dans ce cautère (fig. 27 et 30), les tiges métalliques *cc'* se recourbent aux points *a* et *b* de manière à figurer une faucille *a b p*.

Il y a deux modèles de serpettes, celui dans lequel le fil de platine occupe la partie concave de la serpette, un fil de cuivre en formant la partie convexe, et celui dans lequel la disposition est inverse. C'est le cas du cautère représenté dans la figure 30.



Couteaux galvaniques du Dr Chéron.

— Pour pratiquer l'amputation partielle du col, certains débridements et l'opération de Schröder dont j'ai modifié le procédé opératoire en faisant de cette opération sanglante une opération par le feu, j'ai imaginé des couteaux galvaniques de forme spéciale.

Ce couteau (fig. 32) est formé de deux tiges de cuivre *cc*, isolées dans toute leur longueur jusqu'aux points *a b*. A cet endroit une des tiges se continue seule, l'autre se continue par une lame de platine *p* qui vient se souder à l'extrémité de la première tige de cuivre. On a ainsi un couteau analogue comme forme à un bistouri convexe. Ce couteau galvanique est courbé sur le plat, comme

Fig. 31. Fig. 30. l'indique la figure.

Pour la commodité de la manœuvre, au fond d'un spéculum, je me sers de deux couteaux semblables, mais courbés sur le plat, l'un à gauche, l'autre à droite.

Dans le but de pratiquer l'opération de Schröder, dont j'ai modifié le manuel opératoire en vue de la galvano-caustie thermique, j'ai fait construire un autre genre de couteau (fig. 31). Il est droit et rappelle le couteau interosseux ordinaire. Un fil de platine, $a p b$, aminci de manière à former les

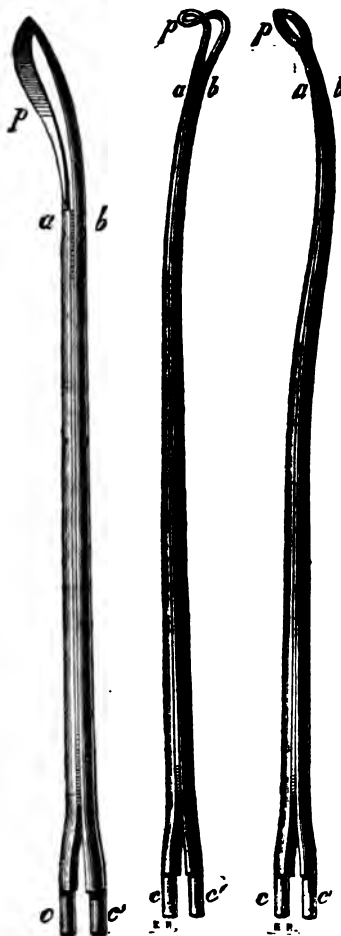


Fig. 32. Fig. 33. Fig. 34.

deux lames du couteau, es soudé par ses deux extrémités à deux tiges de cuivre. L'une de ces tiges se place, par son extrémité libre, sur le manche, l'autre est simplement en communication métallique avec la première à l'aide d'un rivet v . Une tige en cuivre, $p c'$, occupe le centre du système des deux premières tiges dont elle est séparée par deux plaques isolantes en ivoire. Au point p la tige, très amincie, mais encore assez résistante, est soudée à la lame de platine.

Cette disposition présente deux avantages. D'abord rigidité très grande de la lame du couteau, qui se trouve soutenue par la tige $p c$, qui lui sert de charpente, et ensuite, malgré ses dimensions, la résistance électrique du cautère est plus en rapport avec la faible force électro-motrice des appareils à galvano-caustie.

Si on se rend compte, en effet, de la façon dont le courant circule dans ce cautère, on verra que, dans la disposition actuelle, la résistance du platine est d'environ quatre fois plus faible que dans l'ancienne disposition.

Curettes galvaniques. — En dehors du curettage d'ex-

ploration, le curettage de la cavité utérine, en tant qu'opération, est entré de plus en plus dans la pratique gynécologique. Rien n'est plus légitime, car le curettage rend chaque jour de très grands services dans le traitement des endométrites simples ou compliquées de salpingite non enkystée. Exceptionnellement il peut y avoir avantage à remplacer les curettes ordinaires par des curettes galvaniques, nous dirons plus loin dans quels cas.

Les figures 33 et 34 représentent la première, la curette galvanique genre Sims, et la seconde la curette ordinaire à laquelle je donne la préférence.

Comme dans tous les cautères précédemment décrits, deux tiges *cc'* isolées l'une de l'autre se terminent par une pièce de platine *a p b*, que le passage du courant porte au rouge, et à laquelle on a donné la forme d'une cupule perforée à son centre ou d'une boule repliée, dans sa partie moyenne.

Tels sont les principaux divers cautères que les nécessités de ma pratique journalière m'ont conduit à imaginer et à faire construire.

Il est incontestable qu'il pourra se présenter encore des cas spéciaux pour lesquels la création d'un cautère de nouvelle forme soit nécessaire; mais, c'est là l'exception et dans la majorité des cas, le praticien trouvera son affaire dans l'arsenal actuel qu'une longue pratique m'a permis d'établir.

DEUXIÈME PARTIE

PROPRIÉTÉS FONDAMENTALES & ACTION PHYSIOLOGIQUE COMPARÉE

DU CAUTÈRE GALVANIQUE ET DU CAUTÈRE ACTUEL

La galvanocaustie termique ne peut être jugée à sa juste valeur que si l'on connaît ses propriétés physiologiques toutes spéciales et si l'on comprend sa réelle importance. Il faut bien l'avouer, en effet, si les applications des agents physiques — et tout particulièrement d'électricité, le plus merveilleux peut-être de tous, — n'ont pas joui, auprès du corps médical de la faveur et du crédit qu'ils méritaient, la cause

en doit être cherchée, en grande partie, dans l'ignorance des propriétés physiologiques de ces agents encore mal connus du plus grand nombre de praticiens.

On s'est plu à opposer au galvano-cautère la commodité, le faible poids et le peu de volume du thermo-cautère Paquelin, et on en est arrivé à oublier les propriétés les plus évidentes de la galvano caustie thermique.

Aussi, avant d'aborder l'étude physiologique qui fait l'objet de ce chapitre, ne sera-t-il pas inutile de rappeler que, au point de vue physique lui-même, le galvano-cautère n'a rien à perdre à la comparaison ; ce n'est en effet qu'avec la galvanocaustie thermique qu'on peut placer le cautère à froid et le porter au rouge une fois en place ; l'exiguité des cautères galvaniques peut, comme nous l'avons vu, être poussée très loin et les effets de rayonnement sont par suite réduits au minimum ; le cautère galvanique peut prendre la forme d'une anse simple ou double et, lui seul a de semblables propriétés ; enfin, avec la galvanocaustie, on peut obtenir une température plus élevée qu'avec aucun autre moyen.

Les autres propriétés, qui sont les plus importantes, qui sont suffisantes, à mon avis, pour condamner la substitution de thermo-cautère à la galvanocaustie, nécessitent l'étude physiologique de l'hémostasie galvanocaustique et des eschares galvanocaustiques. C'est cette étude que nous allons faire maintenant.

A. — Hémostasie galvano-caustique.

On peut considérer, avec M. Bæckel (de Strasbourg), (1) deux cas dans l'hémostasie galvano-caustique.

1° Les artères sont complètement divisées à la surface de la plaie.

2° Elles ne le sont qu'incomplètement et dans le sens de leur longueur.

Le mode d'hémostasie est différent dans ces deux cas.

Si les artères ont été complètement divisées, elles se rétrac-

(1) Eug. Bæckel, *De la galvanocaustie thermique*. Paris, J.-B Baillière, 1873.

tent spontanément sous l'influence du cautère incandescent qui surexcite leurs propriétés contractiles ; de plus, la combustion des tissus en produit le raccornissement qui, joint au recoquevillement des tuniques internes, amène leur complète occlusion.

L'hémostasie ne s'obtient pas aussi facilement quand on sectionne les artères dans leur continuité. Dans ce cas la coagulation du sang intervient seule pour obturer le vaisseau et, même dans les meilleures conditions de température, il n'est possible de sectionner sans hémorrhagie que les artères d'un diamètre inférieur à deux millimètres. Néanmoins, en comprimant au préalable l'artère au niveau du point où l'on veut porter le cautère, on peut obtenir la section hémostatique de vaisseaux souvent très volumineux : l'hémostasie est due alors à l'eschare qui se forme au moment même de la section et qui agglutine fortement les parois artérielles.

A quelle température doit-on porter le galvano-cautère, anse ou couteau ? Aucune question n'a été plus controversée. La plupart des auteurs attribuent les accidents hémorrhagiques survenus avec la galvanocaustie thermique à la trop haute température que peuvent aisément atteindre l'anse ou le couteau. Les expériences de Bouchacourt, faites en 1836, semblent démontrer que la température la plus favorable à donner au fil de platine est celle du rouge brun. Cette précaution est bonne sans doute, mais nous verrons qu'elle n'est indispensable que dans certains cas et que l'hémostasie réside ailleurs que dans le degré de chaleur du cautère. Je pense pour ma part que si le galvano-cautère chauffé au rouge blanc détermine souvent des hémorrhagies, cela ne tient pas au fait même de la chaleur rouge blanc, mais bien à ce que les opérateurs sont allés trop vite dans la cautérisation des tissus. A la température rouge sombre, au contraire, la section ne pouvant s'effectuer aussi vite, le sang a le temps de s'échauffer, de se coaguler et arrive ainsi à obturer les vaisseaux. Néanmoins, en règle générale, on n'a pas trop à se préoccuper de la température et l'hémostasie peut être obtenue à la température rouge blanc, à la condition de n'opérer la section des tissus que très lentement. Les résultats cliniques obtenus par M. Bæckel viennent à l'appui de cette assertion.

Pour obtenir sûrement l'hémostasie des vaisseaux volumineux, il a imaginé de les comprimer au niveau du point où doit avoir lieu la section. Il employa ce procédé pour l'ablation de tumeurs hémorroïdaires, par la galvano caustie, alors que la même opération, pratiquée avec le cautère actuel chauffé au rouge, avait été suivie d'hémorrhagie. Il comprima le pédicule de ces tumeurs à l'aide d'une pince et put alors les diviser sans hémorrhagie.

C'est du reste ce que l'on produit quand on sectionne une tumeur avec une anse galvanique chauffée au rouge brun. La température peu élevée du fil exige une constriction plus énergique pour diviser les tissus. Cette constriction des vaisseaux avant qu'ils soient emtamés par le courant est la cause véritable de l'hémostasie que l'on obtient du reste parfaitement à la température rouge blanc à la condition d'enserrer préalablement le pédicule assez fortement pour en arrêter la circulation. M. Bæckel s'est assuré de ce fait dans une amputation de la verge faite au niveau du scrotum. En comprimant fortement la base de l'organe, il put la sectionner avec le fil de platine chauffé au rouge blanc, en moins d'une minute et sans la moindre hémorrhagie artérielle. Le centre seul des corps caverneux n'avait pas été cautérisé mais divisé par écrasement; il y avait eu un très léger suintement dont on se rendit maître en appliquant le couteau galvanique. Cet accident devait évidemment être rapporté à une compression insuffisante du point central de la verge.

L'utilité d'opérer une constriction énergique des parties à enlever à l'aide de la galvano caustie justifie pleinement l'emploi de mon forcipresseur à lames parallèles pour les tumeurs non pédiculées et très vasculaires.

Voici, du reste, quelques-unes des expériences de M. Bæckel sur les animaux vivants, expériences dont j'ai pu, il y a plusieurs années, vérifier l'exactitude.

Section de l'artère crurale et de la carotide.

Un chien ayant été ligaturé et anesthésié, on met à nu l'artère crurale vers le milieu de la cuisse, un trocart courbe

est passé sous le vaisseau et les muscles qui entourent celui-ci et sert à placer l'anse galvanique.

Si alors on fait passer le courant électrique et si, *sans serrer l'anse*, on divise rapidement les tissus par simple traction, on voit un jet de sang artériel jaillir aussitôt.

On lie l'artère et on répète la même expérience sur un point plus rapproché du cœur en prenant soin de serrer fortement l'anse autour des tissus à diviser et d'attendre un instant avant de faire passer le courant. La section s'opère alors sans aucune hémorrhagie.

La même épreuve est tentée sur la carotide d'abord avec constriction préalable, puis sans constriction ; la première section ne donne lieu à aucun jet de sang ; la seconde, faite sur un point plus rapproché du cœur, amène une hémorrhagie formidable qui fait périr l'animal.

L'examen immédiat des sections artérielles opérées sans hémorrhagie montre que, sur les deux vaisseaux, les extrémités artérielles sont remplies, dans une étendue de un centimètre, par un caillot rouge et mou et que les parois des vaisseaux sont si intimement unies par l'eschare qu'en poussant un stylet dans le cul-de-sac formé par le recroquevillement de l'artère, il faut employer une certaine force pour le traverser.

Section de la carotide après ligature du vaisseau avec un fil de soie et section de l'épiploon par le même procédé.

Sur un autre chien on incise la ligne blanche abdominale sur une étendue de trois à quatre centimètres, on attire au dehors le grand épiploon et, sur la masse qui fait ainsi hernie on place une ligature très serrée avec un fil de soie. Avec l'anse galvanique on coupe alors le pédicule et le fil de soie du même coup et il n'y a pas d'hémorrhagie. On rentre le pédicule dans le ventre et on suture immédiatement avec quelques fils de soie.

L'animal se rétablit rapidement.

On recommence l'expérience de section de la carotide en faisant au préalable une constriction énergique de l'artère et des fibres du sterno-cléido-mastoïdien sous-jacentes avec

un fil de soie. Après quelques minutes d'attente, on divise à la fois les fibres musculaires, la carotide et la ligature avec l'anse de platine. Il n'y a pas d'hémorrhagie.

Si on sacrifie l'animal on peut voir, comme l'ont montré Spiegelberg et Waldeyer, après l'ablation des cornes de l'utérus à l'aide du cautère en porcelaine, et comme l'a vérifié M. Boeckel après des sections à l'aide de l'anse galvano-caustique, de l'épiploon, de la matrice, de la rate et des reins, que l'eschare intra-péritonéale est complètement résorbée de 20 à 30 jours après l'opération.

L'examen de la carotide qui vient d'être sectionnée par l'anse galvanique est également intéressante. On constate, comme plus haut, l'agglutinement des parois artérielles par l'eschare, la résistance à l'introduction d'un stylet dans le cul-de-sac vasculaire, l'existence d'un caillot mou et rougi d'une longueur de un centimètre environ et, si on fend le bout de la carotide avec des ciseaux, on voit que le fil de soie a eu pour effet de froncer légèrement les tuniques de l'artère au niveau de la section.

Extirpation de la rate et du grand épiploon.

Après incision de la ligne blanche sur une étendue de 7 centimètres, on va à la recherche de la rate et du grand épiploon qu'on attire en dehors.

On les enserre incomplètement dans l'anse galvano-caustique; il y a hémorrhagie.

Aussitôt une ligature de soie est placée sur un point plus élevé du pédicule et l'anse de platine portée au rouge divise à la fois le pédicule et la ligature, sans hémorrhagie, malgré le volume des vaisseaux spléniques.

On rentre le tout dans l'abdomen, qui est refermé par des sutures métalliques protégées par une large bande de diachylon, précaution utile, car M. Boeckel a perdu un chien opéré de la même façon qui avait arraché les sutures abdominales.

L'animal, qui s'était complètement remis de l'opération, est sacrifié un mois après, et voici ce que l'on constate :

• La plaie abdominale a guéri avec une légère éventra-

tion, au fond de laquelle adhèrent les restes du grand épiploon. L'épiploon gastro-splénique flotte librement dans le ventre, sans adhérences et sans épaissement, mais il est fortement pigmenté, d'une couleur ardoisée. L'estomac, le long de sa grande courbure, présente une vascularisation capillaire plus forte qu'à l'état normal. Aucune trace de péritonite généralisée. »

Il est curieux de noter qu'aucune de ces expériences, malgré la réduction de l'eschare dans l'abdomen, n'a donné lieu à de la péritonite. Krassowsky (de Saint-Petersbourg) et Maslowsky avaient du reste reconnu l'innocuité des eschares galvaniques intra-péritonéales chez les chiens et leurs recherches remontent à l'année 1866. D'après M. Boeckel, Krassowsky aurait même été amené par ces résultats à sectionner le pédicule des kystes ovariens avec l'anse de platine.

On peut faire de même, sans que l'animal succombe, *l'extirpation de l'utérus et l'extirpation d'un rein* en évitant l'hémorrhagie par la compression du pédicule à l'aide de la ligature avec un fil de soie et en suturant ensuite l'abdomen. Après la néphrectomie, en particulier, on put conserver le chien pendant deux mois.

En résumé, pour ne pas avoir d'hémorrhagie avec des artères volumineuses, il faut n'employer que la température rouge-brun qui permet à l'anse galvanique d'exercer une pression sur les vaisseaux avant de les entamer. Si le pédicule est presque exclusivement formé de vaisseaux il est indispensable d'appliquer d'abord une ligature de soie sur le pédicule et une fois que la circulation y sera bien arrêtée, on pourra sans inconvénient faire agir l'anse galvanique. Il est même inutile de se préoccuper de la ligature de soie lorsqu'on sectionne ; qu'elle soit ou non détruite par le feu galvanique, elle n'en a pas moins produit l'ischémie du pédicule et l'opération a lieu sans hémorrhagie.

Pour les tumeurs à large base d'implantation, mon forceps à lames parallèles produit la pédiculisation en même temps que la constriction des vaisseaux qui se rendent dans le néoplasme ; il met donc dans les meilleures conditions possibles pour l'hémostase.

Ajoutons en terminant que, lorsque l'on fait usage de l'anse galvanique, s'il n'y a pas de grands inconvénients à ce que le pédicule soit long, il en existe un capital à ce qu'il soit trop petit, inférieur par exemple à un centimètre, parce que alors le fil de platine n'offre pas au courant la résistance suffisante pour que l'incandescence ait lieu. On obvie à cet inconvénient d'une manière fort simple, en comprimant à la fois, dans l'anse de platine, le pédicule et un petit bloc de bois, disposition qui restitue à celle-ci la longueur nécessaire pour qu'elle rougisce.

B. — Escharres galvano-caustiques.

La cautérisation des tissus avec l'anse ou le couteau à galvano-cautère donne lieu à la formation d'une eschare inabsorbante qui recouvre la plaie, la protège, empêche la douleur et amène une réaction fébrile à peu près nulle comme Sédillot l'a remarqué le premier.

L'épaisseur des eschares dépend de la rapidité avec laquelle on a pratiqué la section ; c'est ainsi qu'en opérant très lentement ou peut obtenir des eschares de un millimètre d'épaisseur ; si au contraire on chauffe le fil au rouge blanc et si l'on détermine une constriction très rapide, l'eschare se réduit à une mince pellicule.

Le sort ultérieur des eschares galvano-caustiques, quelle que soit leur épaisseur, varie suivant la partie du corps où elles se trouvent :

Celles qui sont exposées à l'air se dessèchent, se raccornissent et sont éliminées par suppuration ; celles qui sont situées dans les cavités muqueuses telles que le rectum, l'urèthre, le vagin, etc., se dissocient en quelques jours et se putréfient à moins qu'elles ne soient soumises à des soins particuliers, aussi ne doit-on pas chercher à produire des eschares épaisses quand on opère dans ces régions.

Les eschares intra-péritonéales au contraire, ainsi que le prouvent les faits de Clay, Kœberlé, Baker-Brown, les expériences de Krassowsky (1) et Masslowsky, répétées par Spie-

(1) *Peters burger medizinische Zeitschrift*, 1886, fasc. 7.

gelberg et Waldeyer (1) peuvent, quand elles ne sont pas trop considérables, se résorber sans suppuration.

Au point de vue de l'hémostasie et de l'épaisseur de l'eschare, les trois modes de cautérisations aujourd'hui employés : cautère actuel, thermo-cautère, galvano-cautère, présentent peu de différences les uns avec les autres ; mais il est un point essentiel sur lequel j'appellerai l'attention, parce qu'il constitue une propriété spécifique du galvano-cautère, propriété qui doit, à mon avis, lui donner la prépondérance sur les autres moyens de cautérisation. Je veux parler de la *lenteur d'élimination ou de cicatrisation, des eschares galvaniques*.

Des observations de cautérisations pratiquées sur le col de l'utérus sur des malades de mon service de Saint-Lazare, dans un nombre égal de fois, avec le cautère actuel chez les unes, avec le cautère galvanique chez les autres malades atteintes d'ectropions du col avec engorgement ou métrite m'ont donné les résultats suivants qui ont été recueillis, au fur et à mesure, par l'interne de service.

Vingt ectropions du col utérin compliqués d'engorgement ou de métrite furent cautérisés avec le cautère actuel cylindrique, large et laissé en contact avec l'organe jusqu'à production d'une eschare épaisse et sensiblement égale dans l'un et l'autre cas.

Avant la cautérisation, les diamètres du col avaient été mesurés avec soin, à l'aide de mon cervicimètre.

Les dix ectropions cautérisés avec le cautère actuel ont été guéris, en moyenne, en 48,11 jours.

Les dix ectropions cautérisés avec le couteau galvanique ont été guéris, en moyenne, en 83,88 jours.

Au premier abord ce résultat semble tout à l'avantage du cautère actuel et cependant, en étudiant plus sérieusement la question, il est facile de voir que la proposition inverse est plus conforme à la vérité.

Les dix cols sur lesquels furent pratiquées les cautérisa-

(1) *Archiv. für pathologische, Anatomie de Vischow*, 1868, vol. XX IV, p. 69.

tions avec le cautère actuel, mesurés avec le cervicimètre avant l'opération et après la cicatrisation, ne présentèrent jamais une diminution de volume supérieure à *un demi centimètre* de diamètre.

Les dix cols cautérisés avec le cautère galvanique et mesurés également avec le cervicimètre avant l'opération et après la cicatrisation présentèrent, au contraire, après cette dernière, une réduction de diamètre égale à *un centimètre et demi* et *même deux centimètres*. Ce qui fait pour l'organe une diminution de volume vraiment considérable, comme le reconnaîtront tous les gynécologistes qui ont l'habitude de pratiquer des mensurations exactes du col et de l'utérus.

Lorsque le thermo-cautère du Dr Paquelin fut inventé, en 1874, j'ai pris soin de refaire les mêmes expériences avec cet ingénieux appareil, bien que, *à priori*, les résultats dusent être absolument identiques à ceux que donne le fer rouge.

Le résultat a été en effet conforme à cette vue de l'esprit et la moyenne de temps nécessaire à l'élimination et à la cicatrisation des eschares obtenues par le thermo-cautère Paquelin est sensiblement la même que pour le fer rouge ; elle est néanmoins un peu moindre, d'après les faits que j'ai observés, puisque, au lieu de 48,11 jours, notés pour le fer rouge, je trouve 43,10 jours pour le thermo-cautère. Quant à la différence de réduction de volume du col de l'utérus, elle est également minime entre ces deux agents de cautérisation actuelle, c'est dire combien tous deux sont inférieurs, au point de vue du résultat thérapeutique, à la cautérisation à l'aide de la galvanocaustie thermique.

Voici du reste, sous forme de tableau, quelques chiffres qui fixeront bien les idées. J'aurais pu multiplier les exemples, ayant pratiqué un nombre considérable d'opérations ignées ou galvaniques sur l'utérus, mais cela n'aurait aucun intérêt, tous les résultats obtenus étant absolument concordants les uns avec les autres.

TABLEAU I.

CAUTÈRE ACTUEL				THERMO-CAUTÈRE				GALVANO-CAUTÈRE			
Numéros des observations	Maladies	Durée du séjour		Numéros des observations	Maladies	Durée du séjour		Numéros des observations	Maladies	Durée du séjour	
		totale	après la cautéris.			totale	après la cautéris.			totale	après la cautéris.
1	Ectropion papillaire de forme granuleuse en rapport avec l'accouchement.	jour ^s 53	jour ^s 33	1	Ectropion papillaire en rapport avec une endométrite cervicale.	jour ^s 56	jour ^s 40	1	Ectropion papillo-folliculaire en rapport avec une métrite chronique du col. Antéversion de l'utérus.	jour ^s 194	jour ^s 137
2	Ectropion granuleux de l'orifice du col se propageant dans le canal cervical en rapport avec la dysménorrhée.	37	30	2	Ectropion granuleux consécutive à l'accouchement et en rapport avec une régression incomplète.	70	45	2	Ectropion folliculaire en rapport avec des troubles circulatoires	110	89
3	Ectropion papillo-folliculaire très étendu consécutif à un accouchement datant de 15 mois.	166	96	3	Ectropion double exulcéré en rapport avec une endométrite totale avec œdème et congestion chronique du col	90	50	3	Ectropion papillo-folliculaire en rapport avec une fausse couche.	112	98
4	Ectropion papillaire de forme hypertrophique en rapport avec des troubles circulatoires.	63	29	4	Ectropion fongueux en rapport avec une métrite scrofuleuse.	65	40	4	Ectropion papillo-folliculaire en rapport avec l'accouchement. Leucorrhée.	173	89
5	Ectropion granuleux avec ramollissement du muqueux de tache en rapport avec la dysménorrhée.	136	96	5	Ectropion papillaire en rapport avec une endométrite blennorrhagique	50	39	5	Ectropion folliculaire en rapport avec des troubles circulatoires Vaginite.	68	41

TABLEAU I (Suite)

CAUTÈRE ACTUEL				THERMO-CAUTÈRE				GALVANO-CAUTÈRE			
Numéros des observations	Maladies	Durée du séjour		Numéros des observations	Maladies	Durée du séjour		Numéros des observations	Maladies	Durée du séjour	
		totale	après la cautéris.			totale	après la cautéris.			totale	après la cautéris.
6	Ectropion granuleux passant à la forme papillaire hypertrophique.	jour ^s 80	jour ^s 51	6	Ectropion granuleux en rapport avec une régression incomplète de l'utérus après une fausse couche.	jour ^s 49	jour ^s 40	6	Ectropion en rapport avec une fausse couche.	jour ^s 229	jour ^s 115
7	Ectropion intra-cervical de forme papillaire en rapport avec l'accouchement.	51	23	7	Ectropion du col en rapport avec une endométrite cervicale.	51	38	7	Ectropion papillo-folliculaire chez une femme qui a eu 7 enfants, une fausse couche datant de 22 ans. Ménopause prochaine.	219	115
8	Ectropion papillo-folliculaire portant principalement sur la lèvre inférieure du col, en rapport avec une fausse couche.	67	51	8	Ectropion granuleux des deux lèvres du col en rapport avec une endométrite catarrhale avec antéflexion.	60	40	8	Ectropion papillo-folliculaire en rapport avec l'accouchement.	198	53
9	Ectropion papillo-folliculaire dans laquelle la granulation prédomine avec modification folliculaire du canal cervical en rapport avec de la dysménorrhée.	61	24	9	Ectropion papillo-folliculaire en rapport avec une fausse couche.	55	43	9	Ectropion papillo-folliculaire en rapport avec l'accouchement. Cystocèle vaginale.	72	18

TABLEAU I (Suite)

CAUTÈRE ACTUEL				THERMO-CAUTÈRE				GALVANO-CAUTÈRE			
Numéros des observations	Maladies	Durée du séjour		Numéros des observations	Maladies	Durée du séjour		Numéros des observations	Maladies	Durée du séjour	
		totale	après la cautéris.			totale	après la cautéris.			totale	après la cautéris.
10	Ectropion granuleux en rapport avec l'accouchement.	jour. 66	jour. 48	10	Ectropion granuleux en rapport avec un arrêt d'involution utérine.	jour. 56	jour. 43	10	Ectropion papillo-folliculaire en rapport avec une endométrite cervicale.	jour. 115	jour. 84

TABLEAU 2.

Réduction de volume du col d'après la mensuration des diamètres du col avant et après la cautérisation.		
CAUTÈRE ACTUEL	THERMO-CAUTÈRE	GALVANO-CAUTÈRE
1/3 à 1/2 centim.	1/3 à 1/2 centim.	1 cent. 1/2 à 2 centim.

L'explication de la lenteur d'élimination et de cicatrisation, qui appartient en propre aux escharres galvano-thermiques est difficile à donner. Néanmoins, en les comparant aux escharres produites par l'électrode négative d'une pile à électrolyse chimique, on est frappé de la similitude qui existe entre elles : on sait en effet que les escharres produites par l'électrolyse mettent aussi un temps très long à s'éliminer. Je crois par suite que, lorsqu'on sectionne des tissus avec le galvano-cautère, la température de celui-ci n'est pas seule à agir ; le courant électrique se dérive au point cautérisé et modifie l'eschare de manière à lui donner les propriétés de celles que l'on obtient au pôle négatif d'une pile à action chimique.

Quoi qu'il en soit et qu'on accepte ou non l'hypothèse qui me semble le mieux expliquer ces phénomènes curieux, les faits existent ; que faut-il en conclure ?

Ce qu'il faut en conclure, c'est que la réparation si lente

des tissus qui se fait à la suite de la cautérisation galvanique, entretient dans le tissu du col utérin, pour prendre les cas que je rapportais tout à l'heure, un travail de régression qui ramène à des dimensions normales l'organe atteint de régression incomplète après l'accouchement, ou d'une augmentation de volume sous l'influence d'une métrite chronique ou d'un engorgement ancien.

Or, si les eschares produites par le cautère actuel permettent une réparation rapide, elles n'exercent sur l'organe utérin qu'une action régressive de peu de durée et de peu d'importance.

Il en est de même, comme nous l'avons vu, des eschares obtenues par le thermo-cautère Paquelin.

Conséquemment, lorsqu'on voudra pratiquer une cautérisation ayant pour but de modifier le volume et l'état hypertrophique du col de l'utérus et de l'utérus lui-même, il sera rationnel d'accorder toutes les préférences au cautère galvanique qui produit des lésions lentes à se réparer, mais qui, en échange, éveille dans les tissus un travail de résorption et de régression qui diminue considérablement le volume de l'organe soumis à cette opération.

Prenons quelques autres exemples.

Si l'on opère une fistule anale à l'aide de l'anse galvanique et l'appareil que je décrirai à propos de cette maladie, l'eschare produite, mettant une ou deux semaines à s'éliminer maintient cette région dans un état d'excitation permanent du manchon qui favorise la résorption d'infiltration de la fistule, amène la guérison complète de celle-ci et met la malade à l'abri des récidives. La clinique journalière montre qu'avec un traitement chirurgical autre que celui dont nous parlons, les récidives sont fréquentes et la guérison radicales'obtient difficilement.

Lorsqu'on pratique l'amputation du col utérin avec l'anse galvano-caustique dans le cas d'hypertrophie intra-vaginale, on obtient un résultat net et complet et l'affection ne récidive pas. Cela tient, comme pour la fistule, à la lenteur d'élimination de l'eschare mince ou épaisse qui recouvre le col et qui constitue un point d'irritation grâce auquel les éléments

néoplasiques s'atrophient, subissent la dégénérescence granulo-graisseuse et se résorbent. Quant, au contraire, l'eschare tombe avant la complète résorption de ces éléments, ceux-ci prolifèrent de nouveau et l'hypertrophie du col utérin se reconstitue.

Il est encore une propriété spéciale et généralement méconnue des eschares galvano-thermiques, propriété qui est commune à la galvanocaustie thermique et à la galvanocaustie chimique, et qui vient corroborer l'assimilation que je faisais, quelques lignes plus haut, entre ces deux agents de cautérisation, je veux parler de la *non-rétractilité des cicatrices qui succèdent aux eschares galvano-caustiques*.

J'ai eu l'occasion de détruire, tantôt par la galvanocaustie chimique, tantôt par la galvanocaustie thermique, un certain nombre de cicatrices douloureuses de l'hymen, d'ectropions cicatriciels douloureux de Roser, d'atrésies cicatricielles du méat cervical, de sténoses du canal cervical, etc. Dans tous ces cas, que j'aie employé l'un ou l'autre mode de destruction, le résultat a été le même, c'est-à-dire que la réparation de la section galvanique ne donnait pas lieu à la formation de tissu cicatriciel dur et rétractile, comme cela arrive presque toujours quand on opère avec le bistouri et comme cela arrive assez souvent quand on opère avec le fer rouge ou le thermo-cautère.

On comprend de suite l'importance de cette qualité, niée bien à tort par Courty (1), qui ne semble pas du reste appuyer son dire sur une expérience bien étendue de la galvanocaustie.

En résumé : la galvanocaustie thermique a des propriétés spéciales qui dans un grand nombre de circonstances la rendent supérieure à l'emploi du cautère actuel et du thermo-cautère :

1° Possibilité de placer le cautère à froid et de porter au rouge une fois en place ; de réduire au minimum le rayonnement, les cautères galvan-

(1) Courty. Traité pratique des maladies de l'utérus, 3^e édition, Paris 1881, p. 323.

ques pouvant être aussi fins qu'on le désire ; de donner à l'instrument la forme d'une anse simple ou double.

2° Facilité d'assurer l'hémostase par la constriction préalable des tissus. (L'anse galvanique elle-même opère cette constriction qu'on peut également obtenir, si l'on emploie le couteau ou la flèche galvanique, avec mon forcipresseur à lames parallèles.)

3° Lenteur d'élimination des eschares galvanothermiques assurant une résorption plus complète des éléments néoplasiques et assurant la guérison absolue sans récédive.

4° Absence de rétractilité des cicatrices qui succèdent aux eschares galvano-thermiques.

Ces deux dernières propriétés, communes à la galvanocaustie thermique et à la galvanocaustie chimique permettent de donner de l'action spéciale du galvano-cautère une explication que je crois être le premier à avoir indiquée :

Il est probable en effet que lorsqu'on sectionne des tissus avec le galvano-cautère, la température de celui-ci n'est pas seule à agir ; le courant électrique se dérive au point cautérisé et modifie l'eschare de manière à lui donner les propriétés de celles que l'on obtient au pôle négatif d'une pile à action chimique.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Première session tenue à Paris du 21 mars au 23 avril.

PNEUMONIE ET GROSSESSE (suite).

En devra-t-il être de même pendant les derniers mois, alors que l'accouchement prématuré peut donner naissance à un enfant vivant ? Dans ce cas je ne serai pas aussi absolu ; je crois qu'on peut espérer que la perte de sang, l'abaissement de la tension vasculaire, la diminution de volume de l'utérus qui rend la respiration plus facile, peuvent procurer, dans certains cas, de bons résultats ; cependant les observations de M. Gaulard ne sont ni assez nombreuses, ni assez démonstratives pour servir de règle absolue ; la question reste à l'étude.

M. GAULARD. — Assurément, je n'ai pas voulu formuler des conclusions fermes, et je crois que de nouvelles observations sont nécessaires pour juger la question. Comme M. Tarnier, j'hésiterais beaucoup avant de faire avorter une femme atteinte de pneumonie : je ne serais pas assez certain, soit de la guérison, soit qu'elle n'eut pas pu guérir sans intervention. Mais pour ce qui est de l'accouchement prématuré, je serais beaucoup plus hardi car on ne fait courir, en général, aucun danger à l'enfant et, d'autre part, dans mes trois cas, l'amélioration de l'état de la mère a si nettement coïncidé avec l'accouchement, qu'il est impossible de ne pas reconnaître que l'accouchement a été la cause de cette amélioration.

DE L'ASYMÉTRIE DES FESSES AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL.

M. BUDIN. — J'ai observé, récemment, un cas de bassin oblique ovalaire dans lequel existait très nettement un signe indiqué par Nœglé, c'est-à-dire, l'aplatissement de la fesse du côté correspondant à l'absence de l'aile du sacrum. J'ai remarqué de plus, l'absence de la fossette qui correspond à l'épine iliaque postérieure.

Dans un cas d'atrophie infantile portant sur un des membres inférieurs, la fesse était aplatie du côté correspondant au membre atrophié, mais la fossette dont je viens de parler était nettement visible.

Enfin, dans un troisième cas où il y avait une luxation coxo-fémorale avec atrophie du membre inférieur, il y avait également une asymétrie des fesses, mais c'était la fesse du côté opposé à la luxation qui paraissait aplatie. Ici encore la fossette existait.

L'existence ou l'absence de la fossette correspondant à l'épine iliaque postérieure, pourrait donc servir pour la détermination de certains vices de conformation du bassin.

TÊTE DE FŒTUS AYANT SÉJOURNÉ PLUSIEURS MOIS DANS L'UTÉRUS.

M. LOISNEL (Lisieux) communique l'observation d'une femme qui, après avoir été délivrée par des manœuvres répétées des membres et du tronc d'un fœtus, conserva pendant plusieurs mois la tête de ce fœtus dans son utérus. Quand elle vint consulter M. Loïsnel, sa santé était bonne et elle pouvait vaquer à ses occupations. De temps en temps cependant elle était prise de douleurs assez vives. Elle perdait de l'urine par le vagin, elle avait une fistule vésico-utérine.

MM. Notta et Loïsnel constatèrent que toutes les parties molles de la tête avaient été éliminées et qu'il ne restait plus que les os. Ceux-ci furent extraits en plusieurs séances, non sans de grandes difficultés. Au cours des manœuvres une fistule recto-utérine se produisit. Cette femme a bien guéri de tous ces accidents.

M. HERGOT, à propos de cette communication, rapporte qu'il a observé un cas dans lequel un placenta pesant 100 grammes a séjourné pendant six mois dans un utérus sans produire d'accidents et a été extrait avec succès au bout de ce temps.

AUTRES COMMUNICATIONS.

MM. BONNAIRE et BARD. — 1° Sur un cas d'amputation congénitale de la cuisse avec anomalies de l'amnios ; 2° un cas de luxation de la hanche produit dans l'utérus même ; chez ce fœtus, il existait en même temps une déformation du bassin analogue à la déformation produite chez l'adulte par boiterie.

M. LECUDENEC. — Arrêt de développement d'une main pendant la vie intra-utérine.

M. HERGOT père. — Sur l'origine de l'ictonographie obstétricale.

M. STIBERT. — Kyste de l'ovaire suppuré compliqué de grossesse ; avortement au sixième mois, ovariectomie d'urgence ; guérison.

M. VERRIER. — L'intervention tardive et la non-intervention en obstétrique comme un nouveau facteur de la dépopulation.

M. MAYGRIER. — Rupture incomplète des couches superficielles de l'utérus.

Avant de se séparer, la *Société obstétricale de France* a fixé sa prochaine session à la même époque en 1893. Elle a mis à l'ordre du jour de cette session les deux questions suivantes :

1° Etat actuel de l'organisation des différents services d'accouchements en France ;

2° De la symphyséotomie.

(*Bull. méd.*)

CHOUPE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 juin 1892.

DE L'ABLATION TOTALE DE L'UTÉRUS POUR LES GRANDES TUMEURS FIBREUSES ET FIBRO-CYSTIQUES DE CET ORGANE.

M. PÉAN. — Depuis que nous nous sommes occupé du traitement des tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de l'utérus, nous avons constamment poursuivi la recherche des moyens les plus propres à rendre leur ablation facile et peu dangereuse.

Après avoir démontré qu'il est possible d'enlever sans trop de danger les tumeurs pédiculées sous-muqueuses du col et du corps de l'utérus, nous sommes arrivé à imaginer des méthodes qui nous ont permis d'extraire presque aussi simplement les fibromes interstitiels et sous-péritonéaux du corps de cet organe.

Pour les petites tumeurs, c'est-à-dire pour toutes celles dont le volume ne dépasse pas sensiblement celui d'une tête de fœtus à terme, nous avons prouvé qu'on peut les enlever presque sans danger par la voie vaginale en conservant ou non l'utérus, suivant les indications.

Mais lorsque le volume de la masse morbide dépasse celui que nous venons d'indiquer, le chirurgien recourt habituellement à la voie abdominale.

Si la tumeur est sous-péritonéale et pédiculée, l'opération n'offre pas plus de danger que s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire ou des ligaments larges.

Si, au contraire, elle est interstitielle ou multilobée, il faut pla-

cer un lien sur le corps de l'utérus et ses annexes et les enlever. En pareil cas, le col et une petite portion du corps sous-jacente à la ligature forment un moignon plus ou moins long qu'il convient, suivant les cas, de fixer à l'angle inférieur de la plaie abdominale (méthode extra-péritonéale), ou de réduire après l'avoir ou non recouvert du péritoine voisin (méthode intra-péritonéale). A cause de ses avantages, la méthode extra-péritonéale a été considérée comme la méthode de choix par la plupart des chirurgiens.

Cependant, il est des malades chez lesquelles le moignon est tellement large et court que cette méthode n'est pas applicable.

Enfin, il est des cas où la tumeur occupe à la fois le corps et le col de l'utérus et où il ne faut pas hésiter à recourir à l'ablation totale de l'organe.

Depuis 1889, nous avons fréquemment pratiqué cette opération, mais nous avons récemment modifié notre manuel opératoire, et voici actuellement comment nous procédons :

Après avoir couvert l'abdomen nous attirons la tumeur au dehors à l'aide d'un trocart long et courbe. Nous plaçons ensuite un lien en caoutchouc au-dessous d'elle, le plus près possible du col. Nous fixons ce lien avec des pinces à mors longuets et nous réséquons toute la portion sus-jacente de la tumeur à quelques centimètres au-dessus de lui.

S'il y a plusieurs lobes, nous les enlevons après avoir successivement appliqué des liens de caoutchouc le plus bas possible.

Lorsqu'il ne reste plus que le col et la partie inférieure du corps de l'utérus, nous avons soin, quand cela est nécessaire, de dégager la vessie et le rectum et de pincer ou de lier les petits vaisseaux qui leur appartiennent.

Nous plaçons ensuite, soit au-dessus, soit au-dessous du lien de caoutchouc, suivant les cas, un fil métallique que nous serrons fortement et que nous tordons à l'aide d'un ligateur spécial. Grâce à ce ligateur, le lien métallique se rompt, après quelques tours de torsion, juste à un centimètre en dehors de l'utérus.

Nous réséquons alors le moignon aussi près que possible du lien métallique, en ayant soin d'évider la muqueuse, afin de diminuer le plus possible son volume, sans exposer cependant le lien à l'abandonner, puis nous réduisons le moignon et nous fermons par suture la plaie abdominale.

Il ne nous reste plus alors qu'à enlever le col de l'utérus, le moignon et le lien métallique. Cette extirpation se fait aisément par la voie vaginale en suivant les règles que nous avons depuis longtemps posées pour l'ablation des petites tumeurs utérines, c'est-à-dire en ayant recours au pincement des ligaments larges et au morcellement.

En raison des résultats que nous avons obtenus par cette nouvelle méthode d'ablation totale de l'utérus depuis quelques années, nous en sommes arrivé à poser les conclusions suivantes :

1° Toutes les fois qu'il est indiqué d'enlever une grande tumeur fibreuse ou fibro-cystique, interstitielle, du corps de l'utérus, il convient de recourir à la méthode d'ablation totale de cet organe par la voie abdominale et par la voie vaginale combinées ;

2° Cette méthode permet d'enlever plus rapidement l'utérus malade et ses annexes que les méthodes intra et extra-péritonéales.

(*La Sem. méd.*)

Séance du 14 juin.

PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS DES NOURRICES.

M. MARJOLIN propose à l'Académie de renvoyer à la Commission chargée d'étudier les mesures à prendre pour la prophylaxie de la syphilis des nourrices, la proposition suivante :

Lorsqu'une femme, atteinte de syphilis, accouche dans un hôpital ou dans une maison placée sous la surveillance de l'assistance, si elle ne veut pas garder son enfant et le nourrir, et si de l'hôpital il est envoyé en nourrice ou dans un hospice dépositaire ; quel que soit le parti adopté, le bulletin de l'enfant devra toujours indiquer que la mère, étant atteinte d'une maladie contagieuse, l'enfant ne peut être élevé que par un procédé artificiel.

(*Bull. méd.*)

CONGRÈS DE CHIRURGIE 1892.

UTÉRUS ET ANNEXES.

M. GIRARD (Grenoble) établit les règles qu'il suit habituellement dans le *traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale* : ligatures énergiques du pédicule

en autant de parties qu'il le faut ; ablation des annexes si elles sont altérées ; non cautérisation du pédicule ; ne pas toucher aux ovaires s'ils sont sains ; restreindre, en un mot, l'opération à son minimum de temps et de mutilation.

M. CHAPUT (Paris) préconise le débridement vulvo-vaginal comme opération préliminaire quand les opérations sur l'utérus sont difficiles en raison de la disproportion entre le volume de l'organe et le diamètre de la vulve. Ce débridement est, selon les cas, unilatéral ou bilatéral. Il s'opère par transfixion ; l'hémotase est assurée par des pinces qu'on laisse en place pendant la durée de l'intervention consécutive ; on suture ensuite la lésion vaginale et la lésion cutanée à l'aide de crins de Florence. L'iodoforme est l'antiseptique de choix. A une observation de M. PICQUÉ (Paris), qui pense que ce procédé est douloureux et qu'il vaut mieux avoir de bons aides dans l'hystérectomie vaginale, M. Chaput répond qu'il ne conseille pas le débridement pour toutes les opérations sur l'utérus, mais que ce procédé facilite certaines de ces opérations, par exemple lorsqu'il y a une grosse tumeur à enlever et une vulve très étroite.

M. MICHAUD (Paris) se sert de *la voie ischio-rectale pour aborder les fistules vésico-vaginales difficilement accessibles*. Dans un premier temps, il fait une incision périnéale de 10 centimètres parallèle au sillon interfessier et commençant au niveau de l'anus pour se terminer au croisement de la grande lèvre avec l'arcade ischio-pubienne ; dans un deuxième temps le vagin est incisé à sa partie supérieure, sur le milieu de sa face latérale, sur une étendue de 6 centimètres. Avivement et suture de la fistule par les procédés classiques. On ferme alors par une suture en surjet la boutonnière vaginale et par une suture au crin de Florence la boutonnière périnéale.

M. BOURSIER (Bordeaux) établit *quelques formes cliniques de torsion de pédicule dans les kystes de l'ovaire*, torsion avec étranglement complet ou incomplet. Dans une première observation il montre un fait de torsion permanente avec crises à répétition, exagérations soudaines et progressives de la rotation ; dans une seconde observation la torsion ne s'est manifestée que par un accroissement rapide de la tumeur avec hémorrhagie intrakystique.

M. SCHWARTZ (Paris) rapporte une observation d'*absence totale*

du vagin et de l'hymen, chez une fille de 25 ans ; la malade portait deux hernies inguinales contenant les canaux de Møller aberrants. M. Schwartz créa un vagin artificiel et fit la cure radicale des hernies ; guérison complète.

M. ROUTIER, dans le *traitement des suppurations pelviennes*, ne fait jamais l'hystérectomie sans avoir, au préalable, fait la boutonnière rétro-utérine et avoir exploré les annexes ; il rejette le morcellement de l'utérus, et fait l'hystérectomie par le procédé de la section médiane.

M. GROSS (Nancy) a extirpé par la laparotomie un *fibro-myome* de 2.500 gr. dont le pédicule était inséré sur le ligament large du côté droit ; il place le point de départ de ces tumeurs dans les fibres musculaires du ligament.

M. POTHERAT (Paris) lit l'observation suivante : *pyosalpinx double* chez une femme de 38 ans ; laparotomie et guérison ; occlusion intestinale consécutive, qui exigea une seconde laparotomie suivie de guérison.

(Gazette méd. de Paris.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mars 1892.

M. ROUTIER présente une pièce, un utérus dont la cavité n'existe plus sauf au niveau d'une des cornes où elle est réduite à un petit kyste. C'est le résultat d'une cautérisation avec le crayon de chlorure de zinc. Cette malade avait déjà été opérée pour une hématocele, résultat de son oblitération utérine. Des hémorrhagies et une ulcération du col de nature douteuse furent l'occasion de cette hystérectomie vaginale.

(La France méd.)

Séance du 27 avril 1892.

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE POUR PYO-SALPINX.

M. QUENU à l'occasion d'une malade atteinte de pyo-salpinx inopérable par la laparotomie, montre un utérus qu'il a enlevé par la voie vaginale suivant le procédé de section antéro-postérieure de l'utérus, qu'il a déjà préconisé. Il rappelle les avantages que présente ce procédé, et, en particulier, ceux d'éviter une perte sérieuse de sang et de faciliter l'abaissement de l'utérus.

M. SEGOND. — Sur ce dernier point, je crois, d'après ma pratique personnelle, que l'on peut diviser les cas opérables en trois catégories : 1° l'utérus est facilement abaissable, et alors peu importe le procédé d'ablation de l'organe ; 2° l'utérus a l'air d'être enclavé, mais en réalité, 45 fois sur 50, il est possible de le faire descendre. Or, si, dans ce cas, la section médiane antéro-postérieure est un bon procédé, ce que je reconnais, elle crée parfois une difficulté, c'est de rendre peu aisée, au fond d'un vagin souvent étroit, l'ablation d'un gros corps conique. Suivant moi il existe un moyen d'agir, meilleur et plus simple, qui consiste à évier le centre de l'utérus, de telle sorte que l'organe est transformé en une poche flasque et facilement abaissable ; 3° l'utérus ne veut pas descendre ; en pareille circonstance j'affirme que le morcellement est le seul procédé réellement applicable.

Je n'ajouterai qu'un mot concernant l'hémorrhagie, à savoir que cette dernière ne se montre que dans le premier temps de l'opération et qu'on doit passer outre.

M. QUÉNU. — Il est des cas où cette hémorrhagie ne doit pas être méprisée, et chez une de mes opérées, si je ne l'avais arrêtée, elle aurait été certainement funeste. Quant à la section médiane de l'utérus, certains cas de morcellement nécessaire mis à part, elle facilite beaucoup l'opération, que sans elle on aurait quelquefois bien de la peine à terminer, comme j'en pourrais citer un exemple dont j'ai été témoin dans le service de M. Terrier.

(Bull. méd.)

HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LES LÉSIONS DES ANNEXES.

M. QUÉNU. — Je vous présente un utérus sectionné sur la ligne médiane au cours d'une hystérectomie pour pyosalpinx, pratiquée samedi dernier, suivant le procédé de Müller, procédé que j'ai exposé devant la Société au mois de novembre dernier. (Voir *Semaine Médicale*, 1891, p. 451.)

Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, dans un état absolument grave, à laquelle j'ai fait l'hystérectomie vaginale suivant la méthode de Péan et le procédé décrit par Müller dans les hystérectomies pour cancer. Ce chirurgien pratique la section médiane de l'utérus pour faciliter la ligature des ligaments larges ; je crois que cette méthode a l'avantage de supprimer les hémorrhagies. Voici comment je procède : je commence par chercher d'ouvrir le cul-de-sac postérieur, mais je me préoccupe

peu des culs-de-sac ; je fends d'abord le col, puis à mesure que j'abaisse, je sectionne et bientôt j'arrive au fond de l'utérus ; j'ouvre ensuite les collections latérales ; dans le cas présent, l'une d'elles contenait un litre et demi de liquide.

La malade n'a pas perdu une goutte de sang ; elle va bien, et pourtant c'était un cas désespéré pour lequel personne n'eût songé à faire la laparotomie.

M. SEGOND. — J'ai fait 109 hystérectomies vaginales : 84 pour inflammations des annexes, 25 pour fibromes. Je ne parlerai que des opérations pour suppurations pelviennes.

Je diviserai ces opérations en trois catégories : 1° utérus facilement abaissables ; on les coupe où l'on veut et comme l'on veut ; 2° l'utérus a l'air enclavé et pourtant il descend facilement (catégorie la plus nombreuse) ; 3° l'utérus ne descend pas du tout ; ces faits sont rares, je n'en ai guère rencontré que trois ou quatre.

Dans la seconde catégorie, le procédé décrit par M. Quénu est excellent, mais on peut faire aussi bien par morcellement et notamment en pratiquant l'évidement conoïde de l'utérus. Ce procédé seul convient aux faits de la troisième catégorie et permet seul de travailler au fond du petit bassin.

A propos de l'hémorrhagie, je reconnais que cela ne saigne pas quand on suit le procédé de la section médiane, mais dans le morcellement ordinaire, il n'y a d'écoulement sanguin qu'au début de l'opération et cet écoulement s'arrête toujours au bout de peu de temps.

M. ROUTIER. — J'ai appliqué bon nombre de fois le procédé de l'hystérectomie par section médiane ; jamais je n'ai eu d'hémorrhagie. Ce procédé est remarquable par la facilité qu'il donne pour abaisser l'utérus et je l'appliquerais même dans les cas de la troisième catégorie. Lorsque les annexes sont décollées, je me sers de clamps au lieu de ligatures, car celles-ci s'infectent généralement et sont rendues au bout de six ou sept semaines en déterminant un petit abcès.

M. QUÉNU. — Je suis d'accord avec M. Segond sur presque tous les points, mais je ne crois pas qu'il faille négliger l'hémorrhagie du commencement ; si ma malade avait perdu 100 grammes de sang, elle n'eût pas survécu.

(*La Semaine médicale.*)

Séance du 25 mai 1892.

DIFFICULTÉ DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ASCITE ET DE
CERTAINS KYSTES DE L'OVAIRE.

M. MONOD. — Une malade de mon service, à laquelle, pendant les vacances, M. Ricard avait fait l'extirpation totale de l'utérus pour un cancer, revenait me voir au mois d'octobre avec un ventre qui devenait de plus en plus gros. Je crus à une récurrence péritonéale avec ascite. La ponction donna issue à 14 ou 15 litres d'un liquide assez épais.

Peu de temps après, le liquide se produisait, et le 31 octobre je pratiquai une laparotomie pour savoir exactement ce qu'il en était. Je constatai, après l'évacuation du liquide, que tout le fond du petit bassin était rempli de végétations sessiles inopérables et je refermai le ventre.

Le liquide se reproduisit rapidement et je dus faire une série de ponctions à la malade, qui alla consulter un jour M. Terrier, lequel diagnostiqua un kyste de l'ovaire. Quand elle me raconta cette visite et le diagnostic posé, je fus fort étonné et, convaincu que j'étais dans le vrai, je pratiquai une nouvelle série de ponctions.

Je résolus pourtant d'en avoir le cœur net et je rouvris le ventre. Je sentis comme la première fois le fond du petit bassin rempli de végétations en choufleur ; ma main remontait facilement jusqu'au diaphragme, mais nulle part je n'avais la notion précise du contact direct de l'intestin. Retournant alors à la paroi, je parvins non sans peine à reconnaître une paroi kystique qu'on pouvait décoller à gauche ; en suivant cette voie, j'arrivai ainsi à isoler complètement la poche kystique ; le pédicule fut très difficile à lier à cause des adhérences résultant de l'hystérectomie vaginale antérieure ; je dus poser ma ligature au fond du petit bassin, à bout de doigt, sans voir ce que je faisais.

La malade a été opérée hier ; elle va ce matin aussi bien que possible.

Voilà un fait bien intéressant, un kyste uniloculaire de l'ovaire tellement confondu avec la paroi abdominale que je n'ai pu l'en séparer qu'avec la plus grande peine, et que j'ai cru pendant six mois avoir affaire à une récurrence cancéreuse péritonéale avec ascite.

La nature du liquide recueilli dans les ponctions aurait dû me faire établir le diagnostic, mais aussi l'opération de cancer utérin est une circonstance atténuante qui explique mon erreur.

M. BOUILLY. — Je n'ai jamais observé d'ascite abondante après les récidives de cancer de l'utérus ; ces récidives se font, en effet, dans le petit bassin, sur place, elles cheminent de poche en poche et n'ont que peu de retentissement sur la grande cavité péritonéale.

M. TERRIER. — M. Monod, en me racontant tout à l'heure ce fait, m'a demandé sur quelles bases je m'étais appuyé pour porter chez sa malade le diagnostic de kyste de l'ovaire. Il y a d'abord une première raison, celle que donnait M. Bouilly tout à l'heure, à savoir que l'ascite est très rare à la suite des récidives de cancer utérin ; mais on en citera peut-être des observations et cette raison n'est pas suffisante. Les commémoratifs racontés par la malade, la nature du liquide qu'elle me décrivait, les difficultés de son évacuation, enfin l'examen direct m'ont paru plaider en faveur d'un kyste plutôt que d'une ascite.

L'erreur commise par M. Monod m'est, d'ailleurs, arrivée plusieurs fois ; mais, cette fois, reconnaissant l'absence de l'intestin, j'ai pensé que j'étais dans une cavité kystique. Ce qu'il y a de particulier dans le cas dont il s'agit, c'est la persistance de l'erreur. On eût pu également faire l'examen du liquide qui eût fourni certainement des renseignements précieux, sinon absolument pathognomiques.

M. POLAILLON. — J'ai été également fort embarrassé pour faire le diagnostic d'une grosse tumeur abdominale que je viens d'observer dans mon service, chez une jeune fille de vingt ans, tuberculeuse et présentant un énorme développement du ventre, surtout dans la région sus-ombilicale. Je diagnostiquai néanmoins un kyste ovarique. En effet, la poche était tellement confondue avec la paroi que je ne pus l'en décoller, et après m'être assuré en pinçant sa paroi postérieure qu'elle était également adhérente, je me décidai à marsupialiser le kyste. Les suites ont été des meilleures, la malade est en voie de guérison.

Il s'agissait, en effet, d'un kyste uniloculaire de l'ovaire qui contenait 18 à 20 litres de liquide, mais en raison des antécédents de la malade et de l'énorme développement de la partie sus-ombilicale du ventre, on pouvait se demander si on n'avait pas

sous les yeux une ascite anormale avec tuberculose péritonéale. La malade a d'ailleurs de la tuberculose mammaire et pulmonaire.

M. ROUTIER. — J'ai opéré récemment une malade qui avait été vue depuis quinze ans par Courty, Spencer Wells et de Saboia (de Rio-de-Janeiro) ; tous avaient diagnostiqué un fibrome utérin et conseillé à la malade de ne pas se faire opérer.

Il y a quatre ans son ventre se mit à grossir ; on lui fit il y a seize mois une ponction qui donna issue à 25 litres de liquide, puis plusieurs ponctions successives et même deux injections iodées qui furent suivies d'accidents des plus graves. Plus récemment, elle fut prise de crises d'urémie. Je fus appelé à la voir dans ces conditions et, tenant compte des diagnostics fermes portés antérieurement, j'inclinai vers un fibrome avec ascite.

Je l'ai opérée il y a huit jours. A l'ouverture du ventre, après écoulement du liquide, je vis nettement des proches profondes et je me crus dans un kyste ; je revins à la paroi et je cherchai à séparer du péritoine pariétal une paroi kystique ; je décollai d'abord une notable portion du péritoine, mais je finis par reconnaître mon erreur et énucléer péniblement un kyste sans pédicule développé sans doute dans le ligament large. Malheureusement la malade ne put se remettre du shock et succomba cinq heures après l'opération.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — On dit ordinairement que le diagnostic différentiel de l'ascite et des kystes de l'ovaire est facile : cela est vrai dans un certain nombre de cas, mais dans d'autres ce diagnostic est très difficile, parfois même impossible. Les faits du genre de celui que viennent de nous rapporter MM. Monod et Routier prouvent que, même le ventre ouvert, on peut encore s'y tromper, et par conséquent il ne faut pas trancher aussi légèrement qu'on le fait d'habitude cette question du diagnostic différentiel de ces deux affections.

(*La Semaine méd.*)

Séance du 1^{er} juin 1892.

TUMEURS ABDOMINALES.

M. BOIFFIN (de Nantes), à propos de la communication faite récemment par M. Monod, adresse l'observation d'une femme de

quarante ans, qui s'aperçut que son ventre grossissait en même temps que ses règles se supprimaient. Un médecin consulté entend les bruits du cœur du fœtus, sent des parties fœtales et prédit un accouchement prochain. Peu de temps après, cette femme est prise de douleurs utérines, mais n'accouche pas. Elle vient à Nantes consulter M. Boiffin qui diagnostique un kyste multiloculaire et propose une laparotomie. Celle-ci est pratiquée et l'on met à nu une grosse tumeur rougeâtre ressemblant à un utérus gravide. M. Boiffin s'est demandé un instant s'il ne lui faudrait pas revenir au premier diagnostic porté ; mais, après un examen plus attentif, il ne tarda pas à reconnaître qu'il avait affaire à un kyste multiloculaire qui fut enlevé. Les suites de l'opération furent simples. Ce fait vient donc de nouveau à l'appui de cette opinion soutenue par plusieurs membres, dans la dernière séance, à savoir que, dans certains cas, le diagnostic des tumeurs abdominales présente les plus grandes difficultés.

(Gazette des hôpitaux.)

REVUE DE LA PRESSE

DÉTERMINATION DU SEXE DU FŒTUS DANS L'UTÉRUS.

Ross (de Belfast) indique, pour déterminer le sexe du fœtus avant la naissance, un moyen assez singulier mais qui, ne l'ayant, paraît-il, jamais trompé, mérite peut-être d'être pris en considération.

Ce moyen repose sur la région où la mère perçoit le plus distinctement les mouvements du fœtus. Si ces mouvements sont perçus par elle plus particulièrement du côté gauche, on pourrait prédire la naissance d'un garçon. Des mouvements perçus surtout à droite indiqueraient la naissance d'une fille.

D'après Ross il y aurait dans cette recherche non seulement un intérêt de curiosité mais un élément de pronostic pour l'accouchement. Les accouchements, lorsqu'il s'agit d'un garçon, sont toujours plus pénibles, en raison du volume plus considérable de la tête.

(Brit. Med. Journ.)

PROLAPSUS DE L'UTÉRUS GRAVIDE. — ACCOUCHEMENT RÉGULIER ET A TERME.

Le docteur F. Stein de Nameszto, rapporte l'observation suivante : Je fus appelé près d'une paysanne de Rabcsa éprouvant depuis plusieurs heures des douleurs ; deux sages-femmes du village déclarèrent que l'accouchement était empêché par une tumeur des organes génitaux externes. Je vis cette personne au bout d'une heure 1/2. C'était une femme très petite, presque une naine, elle était âgée d'environ 22 ans. Il y avait entre les grandes lèvres un corps arrondi ayant le volume d'une tête d'enfant. Cette tumeur n'était pas autre chose qu'une grande partie de l'utérus gravidé en état de prolapsus. Par l'orifice dilaté dans l'étendue d'une pièce d'un thaler on trouvait une tête couverte de cheveux. Au toucher, on trouve une présentation de la tête. (Position occipitale postérieure.)

On s'aperçut que la plus grande partie de l'utérus, sauf le fond et la tête de l'enfant, étaient sortis du bassin, et bien que les contractions fussent régulières et énergiques, elles se prolongèrent pendant deux heures avant que la dilatation du col fût complète. Au bout de ce temps l'accouchement se termina spontanément, l'enfant sortit sans la moindre difficulté, comme d'un sac. Toute mon intervention, dans ce cas, consista à prévenir la déchirure des ligaments fixant l'utérus durant les contractions et à empêcher que le prolapsus ne fût plus prononcé. Cette personne, qui en était à son deuxième accouchement, mit au monde un enfant bien développé. Après qu'il fut terminé, je réduisis en prenant les précautions antiseptiques, parce que je pus m'assurer par la mensuration du bassin qu'il n'existait aucune anomalie. Depuis l'application d'un pessaire approprié, cette femme est en état de se livrer à ses travaux habituels. (*Wien med. Blatter, med.* 1891, p. 769.)

SUR L'ÉTILOGIE DES FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS,

par le Dr PROCHOWNICK. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, n° 7, p. 140 et *Rev. gén. de méd.*)

M. Prochownick publie quatre observations de fibro-myômes survenus chez des femmes syphilitiques ; dans les 4 cas, la médication spécifique a dissipé les accidents (hémorrhagies, douleurs) déterminés par la présence des fibro-myômes. Le quatrième cas est particulièrement intéressant ; en voici une relation abrégée :

Il s'agit d'une femme de 34 ans, mariée depuis douze ans, lors-

qu'elle fut adressée à l'auteur avec le diagnostic de tumeur abdominale. L'utérus augmenté de volume, était farci de plusieurs fibromyômes. Le plus volumineux, gros comme une pomme logé dans l'épaisseur de la paroi antérieure, faisait une légère saillie sous la muqueuse. Hémorrhagies profuses. Quelques mois plus tard, la tumeur en question faisait saillie dans le vagin à travers le canal cervical. Après discision du col, énucléation de la tumeur. Sept jours plus tard, fièvre avec petitesse du pouls, délire ; le neuvième jour, apathie complète, puis coma ; le onzième jour, parésie des membres du côté gauche, commencement d'ulcérations de décubitus ; le treizième jour, ptosis à gauche, avec phénomènes d'iritis. On institua un traitement antisypilitique qui fut continué pendant plusieurs semaines. Sous l'influence de ce traitement, la malade s'est rétablie complètement. L'examen microscopique de la tumeur énucléée a démontré qu'il s'agissait d'un fibro-myôme pur. Les renseignements anamnétiques recueillis sur le compte de la malade ont démontré que celle-ci avait eu la syphilis.

Suivent de considérations sur les rapports de causalité de la syphilis et des myômes de l'utérus.

MYOMES MULTIPLES DU VAGIN,

Par S. K. OLÉNINE.

Les néoplasmes primitifs du vagin étant très rares, le cas observé par Olénine présente un grand intérêt anatomo-pathologique.

Femme de trente-deux ans, réglée à seize ans, mariée à dix-sept, accouchement gémellaire à dix-huit ; à vingt-neuf ans, après un arrêt des règles pendant trois à quatre mois, hémorrhagie ayant duré une année et ayant nécessité l'entrée de la malade à l'hôpital (fausse couche?). Il y a un an, elle remarqua une grosseur dans le vagin ; bientôt métrorrhagies, leucorrhée, difficulté de la marche, dyspareunie. Au toucher, le doigt sent immédiatement derrière l'entrée du vagin une tumeur solide, lobée, remplissant tout le vagin fortement distendu, adhérente par un large pédicule à la paroi postérieure du vagin. Opération sans narcose : la tumeur est saisie avec une pince tire-balles et attirée hors du vagin ; le pédicule, très vasculaire, est lié en deux faisceaux ; la tumeur séparée avec les ciseaux. Les parois postérieure et latérales du vagin étaient parsemées d'autres tumeurs analogues, depuis la grandeur d'une noix jusqu'à un œuf de pigeon,

qui furent toutes énucléées ; — en tout seize tumeurs. En une seconde séance on en enleva encore onze, puis encore deux qui, toutes, à l'examen microscopique, présentaient la structure de myomes à fibres lisses, avec très peu de tissu conjonctif.

(*Gazette de gynécologie*).

INVERSION ET PROLAPSUS DE L'UTÉRUS,

Par le Dr J. JACOB.

(*Centralblatt für Gynækologie*, 1892, n° 12, p. 233.)

Il s'agit d'une parturiente, chez laquelle aussitôt après l'expulsion du délivre, l'utérus retourné comme un doigt de gant est venu faire procidence à la vulve, sans qu'on eût exercé de tractions sur l'organe. La femme, âgée de 23 ans, en était à sa seconde couche. M. Jacob tenta en vain de ramener l'utérus dans sa position normale, en exerçant une pression avec la main sur le fond de la cavité utérine retournée. Il introduisit alors trois doigts dans le cul-de-sac formé par le col et le corps de l'utérus, il écarta les doigts, et il essaya de dilater le plus possible la cavité du col. Puis il saisit l'utérus avec toute la main, dont les doigts se trouvaient placés en arrière et à droite, et le pouce à gauche et un peu en avant. En exerçant ainsi une pression forte et continue, en dedans et en haut, il réussit à réduire l'utérus en place. Lavages de la cavité utérine, avec une solution phéniquée chaude (40°) 2 % ; administration du seigle ergoté. La femme s'est rétablie ; elle a quitté le lit le neuvième jour.

E. R.

LAPAROTOMIE DANS LES CAS DE TUBERCULOSE PÉRITONÉALE, RÉSULTATS STATISTIQUES,

Par le docteur PREINDLSBERGER.

Wiener Klin. Wochenschrift 1890, p. 170.

La statistique de l'auteur comprend les cas de tuberculose péritonéale traités par la laparotomie dans le service du professeur Albert, de Vienne. Ces cas sont au nombre de 8, dont 3 où l'opération a entraîné la mort. Un autre opéré a succombé au bout de six mois, aux progrès de la tuberculose. Dans 3 cas, la guérison se maintient depuis un temps assez long. Un autre est de date trop récente pour autoriser

une appréciation précise. Dans tous ces cas l'opération était réclamée par les souffrances qu'enduraient les malades.

Même technique opératoire que pour l'incision exploratrice. Emploi de l'iodoforme pour l'antisepsie du champ opératoire.

DES MOYENS DE REMÉDIER AU RALENTISSEMENT DU TRAVAIL DU AU GONFLEMENT DU COL.

Il arrive parfois que, au cours de l'accouchement, la lèvre antérieure du col se trouve comprimée entre les deux plans résistants de la partie fœtale et du pubis. Elle se tuméfie alors et augmente de volume à mesure que le travail se prolonge. Il peut arriver qu'en s'étirant devant la tête qui la refoule, la lèvre arrive à la vulve et devienne une cause de dystocie grave.

Le médecin devra donc penser à cette cause de dystocie dans les cas où, malgré une bonne présentation et un bassin normal, l'accouchement traîne en longueur.

Ce diagnostic établi, le médecin aura recours au traitement suivant employé avec succès par M. Herrgott et décrit par M. Etienne :

On saisit avec deux doigts la lèvre tuméfiée et, pendant la contraction, on la maintient pour l'empêcher de descendre devant la tête qui la refoule. Puis, dès que la contraction est terminée, on s'efforce de refouler la lèvre en haut, au-dessus de la tête. Si l'on n'y arrive pas de suite, on renouvelle la même manœuvre aux contractions suivantes, jusqu'à ce que la tête franchisse l'obstacle. On évite ainsi toute intervention instrumentale qui, dans ces conditions, peut exposer à la déchirure du col et même à l'arrachement de la lèvre tuméfiée.

TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES PAR LA PYOCTANINE.

M. Manu (de Bucharest). Dans 25 cas où on a employé la pyoctanine dans le service de M. Seneneanu, l'examen histologique des tumeurs a été fait par M. Babès. On injectait chaque jour jusqu'à 12 grammes d'une solution aqueuse.

Nombre de malades, y compris un épithélioma utérin, en un mois ont eu une grande amélioration.

Quant aux cancers de la face, on a dû parfaire l'ablation au bistouri. Les portions les plus colorées, les mieux injectées s'éliminent et la pyoctanine nécrobiose les tissus dans lesquels elle pénètre et

c'est ainsi que se produit l'élimination des tissus malades. Par quel mécanisme se produit cette nécrobiose ? Très probablement par thrombose. L'examen des pièces et l'expérimentation sur les animaux semblent le démontrer.

Les tissus et les organes sains sont respectés par la pyoctanine, qui n'a d'action que sur les tissus malades. C'est pourquoi on ne peut nullement comparer son action à celle des caustiques.

DES MANIPULATIONS INTRA-UTÉRINES.

Kaltenbach conseille vivement de ne jamais répéter trop souvent les manipulations intra-utérines, telles que : irrigation, sondage, dilatation, introduction d'instruments quelconques. Les dilatations forcées et répétées sont surtout à rejeter comme devant occasionner presque toujours, à la longue, l'introduction d'agents nocifs par les petites érosions artificielles, agents qui, se propageant par les voies lymphatiques, peuvent atteindre le paramétrium et le péritoine des organes du petit bassin. Même en dehors du danger d'infection, les patientes traitées de la sorte deviennent nerveuses à un haut degré, et l'on voit survenir chez elles de la céphalalgie, des palpitations de cœur, de l'insomnie et souvent des troubles psychiques importants.

PYOSALPINX DOUBLE ; LAPAROTOMIE ; OCCLUSION INTESTINALE CONSÉCUTIVE ; LAPAROTOMIE ; GUÉRISON.

M. Potherat (de Paris). — Il s'agit d'une femme de trente-huit ans, entrée dans le service de M. Bouilly pour un pyosalpinx double consécutif à une métrite ancienne d'origine puerpérale. Je fis la laparotomie et enlevai deux tumeurs de pyosalpingite ; les tumeurs se rompirent et versèrent dans le ventre un pus jaunâtre, un peu grumeleux, sans odeur. Lavage abondant avec une solution de sublimé à 1 0/00 étendue d'eau bouillie ; drainage de Mickulicz et fermeture de l'abdomen. Suites simples ; suppression du drainage au bout de quarante-huit heures, des fils au bout de huit jours. La malade était guérie, selevait, allait sortir, quand éclatèrent des accidents d'occlusion intestinale à marche rapide et de la plus extrême gravité.

Je fis *in extremis* une nouvelle laparotomie, trouvai une anse intestinale adhérente à la paroi, la détachai et déroulai l'intestin grêle, que je trouvai tordu sur lui-même ; je le détordis et je fermai

complètement l'abdomen. Cinq heures plus tard, la malade rendait des gardes-robes. Elle se releva peu à peu et finit par guérir. Elle est restée aujourd'hui encore complètement guérie.

(*Congrès de chirurgie. La Semaine médicale*).

EMPLOI DE LA COCAÏNE DANS LES INJECTIONS UTÉRINES.

M. Lediberder (de Lorient). Les injections utérines avec la teinture d'iode sont parfois très douloureuses, soit à cause de l'affection utérine qui augmente la sensibilité, soit par suite de la contraction utérine sous l'influence de l'application du caustique. Pour supprimer cette douleur je propose de faire une injection, avec la seringue de Braux, de 20 gr. de solution de cocaïne à 20 % dans la cavité utérine pendant un quart d'heure, puis à ce moment seulement j'injecte la teinture d'iode.

NOUVELLES

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

Première session. Bruxelles 1892.

Bruxelles, janvier 1892.

Monsieur et très honoré Confrère,

Nous avons l'honneur de porter à votre connaissance que la *Société belge de gynécologie et d'obstétrique* prend l'initiative de convoquer les savants et les praticiens de tous pays en un Congrès international qui tiendra ses séances à Bruxelles, du 14 au 19 septembre 1892.

Les questions suivantes ont été portées à l'ordre du jour :

- 1° *Des suppurations pelviennes*. Rapporteur : M. le docteur Segond, de Paris ;
- 2° *Des grossesses extra-utérines*. Rapporteur : M. le docteur A. Martin, de Berlin ;
- 3° *Du placenta prævia*. Rapporteur : M. le docteur Berry Hart, d'Édimbourg.

Espérant, Monsieur et très honoré Confrère, que vous honorerez le Congrès de votre présence et que vous prendrez part à ses travaux, nous vous adressons l'expression de toute notre considération.

Le Secrétaire général,

JACOBS,

Agrégé à la Faculté de médecine
de Bruxelles.

Le Président,

KUFFERATH,

Prof. d'obstétrique à l'Université de
Bruxelles.

Prof. de clinique obstétricale à la
Maternité.

Le Comité d'organisation :

Président : M. KUFFERATH, professeur à l'Université de Bruxelles.

Vice-présidents : MM. DEBAISIEUX, professeur à l'Université de Louvain ; FRAIPONT, professeur d'obstétrique à l'Université de Liège ; L. DESGUIN, chirurgien attaché aux hôpitaux d'Anvers ; TOURNAY, agrégé suppléant à l'Université, chef de service à la Maternité de Bruxelles.

Secrétaire général : M. JACOBS, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Secrétaire général adjoint : M. ROUFFART, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Secrétaires : MM. POPELIN, DEFAY, CITTADINI, CILLION.

Secrétaires adjoints : MM. BOULENGIER, KEIFFER.

Trésorier : Docteur LEBON.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Carl Credé, ancien professeur d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de Médecine de Leipzig.

VARIÉTÉS

Un procès en diffamation a été intenté à M. le Dr Lawson Tait (de Birmingham) par M. le Dr Andrew Denholm, médecin de l'infirmerie royale de Manchester.

Voici les faits : M. Denholm a traité, en 1889, par l'électrolyse, une malade atteinte de fibrome utérin. Au cours d'une manœuvre opératoire, il se produisit une fistule vésico-vaginale. En 1891, M. Tait vit la malade et lui conseilla l'hystérectomie, qui fut acceptée, et aux suites de laquelle elle succomba. Ce chirurgien écrivit alors au mari de l'opérée que la mort était due à une hémorrhagie consécutive à la

rupture d'un vaisseau situé au niveau du point où les aiguilles électrolytiques avaient été appliquées antérieurement ; il ajoutait que, si la malade n'avait pas suivi le premier traitement, l'opération eût été des plus simples et la guérison presque certaine. M. Denholm ayant eu connaissance de cette lettre engagea le mari à faire procéder à l'autopsie, qui fut pratiquée par trois médecins et à laquelle M. Denholm n'assista pas. Il fut démontré que la mort n'était pas due à l'hémorragie et qu'il n'y avait aucune rupture vasculaire à mettre sur le compte du traitement institué par M. Denholm, mais que la malade avait succombé à une péritonite consécutive à l'opération pratiquée par M. Lawson Tait.

L'audition des témoins et les plaidoyers duraient depuis deux jours, lorsqu'un accord est intervenu entre les parties, ce qui a mis fin au procès.

UNE FEMME A QUI ON A ENLEVÉ LES DEUX OVAIRES EST-ELLE CAPABLE D'AVOIR : 1° SES RÈGLES ; 2° DES ENFANTS ? — Une jeune femme de vingt-trois ans a des douleurs permanentes dans la région des ovaires ; elle perd à peu près continuellement une petite quantité de sang. La vie, pour elle, est devenue très pénible : Anderson (de Glasgow) lui enlève les deux ovaires. Tous deux présentent des traces d'ovarite chronique : le gauche est kystique. Après l'opération, les douleurs disparaissent, ainsi que la métrorrhagie. La malade est enchantée. Quatre mois après, les règles se montrent et durent quatre jours. Elles se reproduisent ainsi pendant six mois. La jeune femme se marie, devient enceinte et accouche d'un enfant mort-né.

On a vu des hommes privés de leurs testicules avoir cependant des enfants ; la malignité publique n'était pas embarrassée pour expliquer semblable fécondité. Avec une femme privée de ses ovaires, l'interprétation deviendrait beaucoup plus difficile, si l'on ne connaissait l'existence des ovaires supplémentaires.

Il est curieux, toutefois, de constater que non seulement la menstruation, mais aussi l'ovulation se soient rétablies avec pareille régularité et que la conception ait lieu après une castration en apparence complète.

(*Gaz. de Gynéc.*)

L'ÉLECTION DES SAGES-FEMMES. — Un juriste zuricois, M. Kung, vient de faire une curieuse révélation. Les femmes du canton de Zurich sont, paraît-il, en possession de privilèges extraordinaires.

Les communes ont le droit d'élire leurs *sages-femmes*. Il y avait autrefois, à cette occasion, des fêtes champêtres ; les « *électrices* » se rendaient au cabaret et c'est la caisse communale qui payait les frais de la réjouissance.

Le droit à l'élection des *sages-femmes* fut peu à peu contesté, restreint, puis supprimé partiellement ; le vote fut remplacé par une nomination à laquelle le Conseil de santé procédait lui-même.

Aujourd'hui la jurisprudence zuricoise a décidé que les nominations de *sages-femmes* auront lieu désormais dans les communes, soit par le suffrage des femmes, soit par le choix du Conseil de santé.

Les femmes décideront, dans chaque cas, comment la nomination sera faite. Le Conseil de santé a le droit de présentation ; un de ses membres préside l'opération électorale, mais ne vote pas.

FEMMES PHARMACIENNES EN RUSSIE. — Le département de médecine du Ministère de l'intérieur de Russie vient d'accorder aux femmes l'autorisation d'exercer dans les pharmacies les fonctions d'aide, à la condition de loger au dehors et de ne travailler que pendant le jour.

HISTOIRE AMÉRICAINE D'UN MAL DE TÊTE TRAITÉ PAR DIVERS SPÉCIALISTES. — Je prie mes confrères spécialistes de Paris, gynécologues, laryngologues, auristes, oculistes, etc., de ne pas se formaliser de la plaisanterie qui suit. Elle nous vient des Etats-Unis, où les spécialistes pul-lulent avec beaucoup plus d'énergie encore qu'à Paris. N'est-ce pas à Chicago qu'un spécialiste s'est voué au seul traitement des divers orifices de notre corps et s'est bravement baptisé *spécialistes des orifices* ! N'est-ce pas le comble de la spécialisation ?

Il est donc bien entendu que la fable suivante ne s'applique qu'aux spécialistes américains. Cependant, les malades de tous les pays peuvent en faire leur profit.

L'auteur américain suppose un Cercle de spécialistes devant lequel se présente une femme d'une trentaine d'années. Cette femme, mère de trois enfants en parfaite santé, est forte, bien portante, d'apparence saine aussi bien d'esprit que de corps ! Mais elle a de temps à autre des maux de tête violents qui la prennent par accès, et c'est pour ces maux de tête qu'elle vient demander conseil.

Sans plus ample examen, mais d'une commune voix, tous ces Messieurs déclarent que la douleur est d'origine réflexe : mais il n'en est pas deux qui puissent s'accorder sur le point de départ de cette irri-

tation. Chacun le place dans la région du corps dont les maladies lui sont le plus familières.

La discussion tournant à l'aigre, le président décide que la malade sera traitée successivement par chaque spécialiste jusqu'à suppression du mal de tête ou de la malade.

Le premier spécialiste auquel la patiente échoit est le célèbre docteur Secator. Ce gynécologiste distingué, sans rival dans le traitement des maladies des femmes, fait entrer la malade dans son dispensaire privé, où elle se trouvera dans les meilleures conditions hygiéniques. Là, une soigneuse exploration bi-manuelle lui montre que l'utérus et les ovaires sont dans leur position normale et ne présentent aucune lésion appréciable par ce procédé d'examen.

Il maintient néanmoins que le mal de tête ne peut être dû qu'à une irritation réflexe partie de l'utérus ou des ovaires, et qu'il a déjà guéri nombre de cas semblables par un traitement approprié des organes irrités.

Il se décide donc à faire une incision exploratrice du ventre, pensant bien trouver là la cause qui lui échappe. Un autre motif l'incite vivement à opérer : c'est le désir de compléter promptement sa série de 200 sections abdominales.

L'incision faite, le docteur Secator est obligé de reconnaître que l'ouverture du ventre ne lui montre aucune lésion, et que les ovaires et les trompes sont parfaitement sains.

Cependant, puisqu'il est allé si loin, il conclut que le mieux est d'enlever ces organes pendant qu'on y est ; la femme se trouvera désormais pour le reste de la vie à l'abri de toute chance de kyste de l'ovaire ou de pyosalpinx. Les ovaires sont donc enlevés ; mais le mal de tête persiste.

La malade passe alors entre les mains du docteur Strabismus, qui avait énergiquement soutenu que le mal de tête était dû à une irritation réflexe de la cinquième paire, et que le seul remède était la section des muscles de l'œil.

Après un examen attentif de la réfraction, qui lui montre que la malade est emmétrope, c'est-à-dire qu'elle a une vue moyenne, le docteur procède à cette section des muscles. Les deux yeux sont traités de même. Le résultat fut une déviation des axes optiques, mais le

mal de tête ne guérit pas. Et, bien que l'éminent oculiste soutint que cette déviation des yeux donnait simplement à la malade un regard éveillé et un air piquant, les autres confrères, qui n'admettaient ni son diagnostic ni son traitement, déclarèrent que la patiente était purement et simplement défigurée par un double strabisme en haut et en dehors.

Elle est alors confiée aux bons soins du docteur Caustique, qui s'était trouvé d'accord avec le précédent consultant pour placer l'origine du mal dans les branches de la cinquième paire ; mais en sa qualité de spécialiste pour le nez et la gorge, il plaçait plutôt cette origine dans les branches nerveuses qui se distribuent à ces régions.

Il procède donc d'abord à l'ablation, à l'aide de l'anse galvanique, de plusieurs petits polypes de la narine gauche, cautérise au moyen du même instrument, une légère hypertrophie du cornet moyen droit. Puis la cloison du nez lui ayant paru quelque peu déviée vers la gauche, il la perfore au moyen de trois espèces différentes de trocarts, puis la redresse au moyen de bougies graduées. Il enlève aussi un petit morceau de la luette. Cette dernière opération, déclare-t-il, ne lui paraissait pas absolument nécessaire. Mais le nouvel instrument qu'il avait fait construire dans ce but et qu'il avait le plaisir de montrer à ses confrères, rend l'opération si facile et si rapide, qu'il n'avait pu résister au désir de la pratiquer.



La malade, souffrant toujours de la tête, commence à en avoir assez. Le D^r Pedibus, le chirurgien orthopédiste bien connu, réussit cependant à la convaincre de se soumettre à son traitement.

Il lui trouve la jambe droite plus courte d'un millimètre que la gauche, remédie à cette asymétrie avec une semelle appropriée ; découvre une affection de la hanche qu'il traite par les pointes de feu et discute la question de faire la section d'un tendon ou deux, ce à quoi la malade s'oppose énergiquement.

Elle cède encore cependant à l'éloquence du D^r Rectiès, qui a pour spécialité les maladies de la fin de l'intestin. Celui-ci attribue le mal à une lésion de certains replis de la muqueuse rectale. Aussi, à peine entrée dans son dispensaire, il chloroformise la patiente, lui dilate le sphincter anal, introduit une sonde dans les susdits replis et en résèque une quinzaine, tout ce qu'il peut trouver.

Malheureusement, la dilatation du sphincter a été si complète, que

le muscle reste paralysé et que la femme est désormais condamnée à une incontinence des matières.

Cette fois, la mesure est comble, et la malheureuse refuse de se prêter aux tentatives des autres spécialistes du cercle. Elle retourne chez elle, où un médecin de campagne reconnaît que le mal de tête est dû à une simple névralgie rhumatismale et la guérit avec quelques grammes d'antipyrine.

Je ne sais ce que dirait Molière des médecins, s'il revenait parmi nous. A coup sûr, il ne pourrait leur reprocher de ne savoir que *purgare et clysterium donare*. Mais peut-être regretterait-il Monsieur Purgon.

Dr X.

(Gazette Méd. de Liège.)

BIBLIOGRAPHIE

LIBRAIRIE RUEFF ET C^{ie}, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Bibliothèque médicale, publiée sous la direction de MM. les professeurs CHARCOT et DEBOVE, (volume in-16, reliure d'amateur, tête dorée.)

Prix..... 3 fr. 50

DERNIERS VOLUMES PARUS.

La cirrhose hypertrophique, avec ictere chronique, par V. HANOT.

Lavage de l'estomac, par G. M. DEBOVE et RÉMOND, de Metz.

Les troubles du langage chez les aliénés, par J. SEGLAS.

Amygdalites aiguës, par A. SALLARD.

Phtisie aiguë, par L. DREYFUS-BRISAC et J. BRUHL.

Les troubles de la mémoire, par P. SOLLIER.

II. **De l'arthritisme aux eaux thermales de Bourbon-Lancy**, par le Dr H. de BOSIA, Mâcon 1891.

III. **Physiologie, pathogénie et traitement de la croissance**, par le Dr DELMIS, Mâcon 1891.

IV. **Le traitement des pneumonies grippales**, par le Dr Henri HUCHARD, Doin 1892.

V. **Statistique des opérations pratiquées au Mans du 1^{er} janvier 1891 au 1^{er} janvier 1892**, par le Dr H. DELAGNIÈRE, Paris, 1892.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

84. — Traitement des suppurations pelviennes par l'ablation de l'utérus. Opération de Péan, par le docteur TERRILLON, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de la Salpêtrière. — Lorsque M. Péan lut, au Congrès international de Berlin, une note sur la méthode qu'il préconise pour le traitement des suppurations pelviennes, la surprise fut assez grande. Il semblait que cet acte chirurgical, qui consiste à enlever un organe relativement sain pour atteindre plus profondément des organes réellement et complètement malades, était au moins téméraire. On considérait en effet, autrefois, l'ablation de l'utérus comme étant très difficile et surtout très dangereuse. Le raisonnement le plus simple amenait donc à considérer cette opération comme devant être meurtrière. Enfin, on pouvait se demander quelle était la raison pour laquelle on se proposait d'atteindre les ovaires et les trompes par la voie vaginale, alors que la laparotomie permet, dans la plupart des cas, d'enlever les annexes malades avec succès.

Après avoir lu cette communication, il me sembla qu'elle présentait un grand intérêt, car il est certain que ce mode d'intervention devait permettre d'atteindre les abcès pelviens, alors que la voie abdominale était inaccessible. L'ouverture large, le drainage facile, l'ablation le plus souvent complète des abcès par cette méthode, me séduisaient, car elle correspondait à un des préceptes les plus nets de la chirurgie, qui consiste à donner toujours aux liquides pathologiques une issue facile dans une position déclive. Aussi, je me proposai de profiter de la première occasion pour pratiquer cette opération. J'ai pu, actuellement, faire douze fois l'ablation de l'utérus par morcellement pour traiter des abcès pelviens développés dans les annexes de l'utérus. Mais, avant de donner les résultats que j'ai obtenus, il me semble utile de décrire le manuel opératoire tel que je l'ai suivi.

Précautions avant l'opération. — Le vagin de la malade doit être nettoyé avec soin, et la vulve préalablement rasée. Il est même utile de placer, la veille, un petit tampon de gaze iodoformée contre le col de l'utérus.

Après avoir endormi la patiente, elle est placée soit dans la position du spéculum, soit dans la position latérale gauche.

Cette dernière position, recommandée par Péan et qui rend de grands services chez les femmes fortes et grasses, consiste à la mettre sur le côté droit, les jambes pendantes et le siège au ras du rebord de la table d'opération.

La jambe gauche reste pendante ; la droite est repliée sur le ventre et maintenue ainsi par un aide placé debout entre les deux jambes. Cet aide aura pour mission de tenir les valves qui servent à écarter les parois du vagin. Un autre aide se tient appuyé contre le dos de la malade. Pour agir avec sécurité, il est nécessaire que la table d'opération, soit assez élevée pour que l'opérateur, étant assis, rencontre les parties génitales à la hauteur de sa figure, afin de permettre à l'œil de plonger facilement au fond du vagin.

Un éclairage parfait et direct est absolument nécessaire. Aussi, l'opération doit se faire devant une large fenêtre.

Pour cette intervention, l'instrumentation joue un rôle considérable ; aussi ne saurait-on trop insister sur son importance. Le chirurgien doit se procurer un certain nombre d'instruments indispensables ; ceux-ci doivent être longs, forts et variés de forme : ciseaux longs, droits et courbes ; bistouris à longs manches, droits et courbes ; pinces-clamps longues, à mors solides.

Enfin, les écarteurs des parois vaginales doivent être de modèles variés ; les grandes valves ayant plus de 20 centimètres sont très utiles quand il est nécessaire d'aller profondément dans le bassin enlever des annexes adhérentes.

Une grande quantité de tampons ou d'éponges est nécessaire, dans le cours de l'opération, car il est indispensable de ne jamais être gêné par la présence du sang.

Enfin, tout doit être disposé de façon à pouvoir faire, dans le vagin, des irrigations prolongées et souvent renouvelées, avec un jet ayant une certaine force. L'opération peut se décomposer en plusieurs temps principaux et assez distincts.

Premier temps. — Avec une forte pince à érignes, le chirurgien saisit fortement le col de l'utérus et cherche à l'attirer le plus possible vers la vulve.

Cette manœuvre est rarement suivie de succès, car l'utérus, dans ce cas, est fixé dans le bassin par des adhérences et ne peut être mobilisé.

Quand le col est ainsi fixé, on pratique sur sa partie extérieure, à 2 centimètres de son extrémité, une incision circulaire qui ne comprend que la muqueuse vaginale.

Les bords supérieurs de cette incision sont aussitôt saisis avec deux ou trois pinces longues.

Si cette incision circulaire a pénétré jusqu'au tissu utérin, on peut, en soulevant la lèvre supérieure, décoller la muqueuse vaginale en suivant exactement l'utérus. Cette manœuvre, faite exactement, permet d'éviter de blesser la vessie ou le rectum.

Ce premier temps de l'opération a une grande importance, car la voie, ainsi tracée, permet de suivre l'utérus de proche en proche jusqu'à son fond et de l'enlever sans faire fausse route.

Le second temps consiste à enlever l'utérus en totalité, par morceaux successifs.

Comme cet organe ne peut descendre à la vulve, et qu'il est fixé de chaque côté par des paquets de tissus fibreux indurés, résultats de l'inflammation du bassin, il est bon de commencer par enlever une partie du col ; ensuite, saisissant le segment situé plus haut, on le sépare, autant que possible, des parties voisines, pour l'extirper à son tour. On arrive ainsi, après avoir enlevé une grande partie de l'organe, à créer un vaste hiatus, par lequel la manœuvre des instruments se fait assez facilement. Il est facile alors d'attirer les derniers morceaux du fond de l'utérus, qui descend plus facilement par cette voie largement ouverte.

Dans le cours de ce morcellement, deux préceptes doivent guider l'opérateur.

L'un d'eux facilite beaucoup l'opération. Il consiste à fendre verticalement le segment de l'utérus qui vient d'être isolé des parties voisines, de façon à créer deux morceaux qu'on enlève isolément avec des ciseaux courbes.

L'autre précepte, qui a une importance encore plus grande, consiste à couper les tissus qui retiennent l'utérus et qui sont les ligaments larges épaissis, en ayant soin de les pincer chaque fois. Tout vaisseau ouvert doit être aussitôt pincé ; sans cette précaution, il se rétracte dans les tissus profonds et souvent on éprouve une grande difficulté pour le saisir.

La plaie est lavée à grande eau plusieurs fois dans le cours de ces manœuvres.

Il est rare que pendant ce morcellement on n'ouvre pas quelque

poche purulente ou quelque kyste séreux, qui, accolés aux côtés de l'utérus, ont été déchirés par les instruments. Ceci est fréquent quand les annexes suppurées sont tombées dans le cul-de-sac de Douglas et sont situées assez bas dans le bassin.

Toutes ces poches anfractueuses doivent être lavées avec soin et leurs parois extraites autant que possibles.

Quelquefois, on fait irruption dans le péritoine, et c'est alors que commence la partie la plus délicate de l'opération.

Troisième temps. — Lorsqu'on arrive sur le segment supérieur de l'utérus, dans le voisinage de l'une ou l'autre corne, il faut redoubler de précaution, à cause de l'ouverture du péritoine et de la présence de l'intestin, qui peut descendre dans la plaie. L'ablation de ce dernier segment de l'utérus est très importante, car c'est en tirant sur cette partie qu'on attire le pédicule qui l'unit aux annexes malades. Celles-ci sont ainsi descendues et mises à la portée des pinces longues destinées à les saisir et à les arracher de leurs adhérences. Aussi doit-on les saisir successivement et à des hauteurs différentes avec de fortes pinces ; sans cette précaution, elles s'échappent du côté du bassin et il devient difficile de les reprendre.

C'est dans cette période que l'emploi de larges et très longues valves permet d'écarter les parties vaginales et les organes profonds et d'éclaircir les parois les plus éloignées.

Lorsque tout l'utérus est enlevé et, après lui, les kystes, les abcès, les lambeaux de sinus malades qui peuvent être arrachés, on a sous les yeux une vaste plaie, au fond de laquelle apparaissent souvent des anses intestinales. Cette cavité est nettoyée avec soin et bourrée littéralement de gaze iodoformée.

Il est absolument nécessaire que l'hémostase soit absolue avant de faire le pansement. Si un suintement sanguin existe, il est utile de rechercher le point qui saigne et de placer une pince. Les pinces resteront en place pendant trente-six heures.

Elles seront entourées de gaze iodoformée jusqu'à l'orifice vaginal, afin de préserver la plaie de toute infection.

L'opération ainsi terminée a été ordinairement longue et pénible ; elle a duré quelquefois plus d'une heure.

Suites immédiates. — Le résultat immédiat de l'opération est ordinairement parfait. La fièvre tombe ; sous l'influence de cette ouverture large, les liquides vaginaux et péritonéaux trouvent une issue facile au dehors, grâce à la capillarité de la gaze iodoformée.

Souvent la malade ne peut uriner facilement, à cause de la compression de la vessie ; il suffit de la sonder avec une sonde aseptique, après avoir essuyé avec soin le méat urinaire. Je préfère ce moyen à la sonde à demeure, difficile à surveiller et qui donne souvent de la cystite douloureuse.

En général, les pinces sont enlevées après trente-six heures ou quarante-huit heures, en laissant en place le tampon en gaze iodoformée, celui-ci est retiré après trois jours, à moins d'indication spéciale.

Après l'ablation du tampon de gaze, je pratique une large irrigation avec le sublimé au millième. Ordinairement, les lavages sont renouvelés trois fois par jour, sans remettre le tampon de gaze iodoformée.

Quelquefois, la présence de l'iodoforme dans le vagin, provoque, chez la malade, de l'agitation et du délire. Il faut aussitôt le supprimer et le remplacer par le salol, qui, moins utile en pareil cas, au point de vue de l'antisepsie, a l'avantage de donner plus rarement des accidents.

Généralement, les opérées sont guéries vers le vingtième jour. A cette époque, on constate, au fond du vagin, une cicatrice rayonnée, anfractueuse, qui remplace le col de l'utérus ; elle est entourée d'une large zone d'induration, qui finit par disparaître. Les malades, chez lesquelles la guérison est aussi rapide, peuvent bientôt reprendre leur vie normale.

Malheureusement, cette règle n'est pas absolue, et, sur douze malades que j'ai opérées, trois fois j'ai vu survenir tardivement des accidents qui, sans compromettre la vie, ont reculé la guérison et prolongé la convalescence. Il s'agissait de phénomènes septiques dus à la rétention du pus dans les anfractuosités situées au delà du vagin.

Il est probable que dans la profondeur, la cicatrisation n'avait pas été aussi rapide au niveau des organes enlevés qu'au niveau du vagin. Celui-ci s'était en grande partie cicatrisé, et il ne restait qu'un pertuis trop étroit faisant communiquer le foyer profond avec l'extérieur. Dans ces conditions, le pus retenu devenait fétide et des phénomènes d'empoisonnement aigu apparaissaient aussitôt.

Chez une de mes malades, le pertuis était si étroit, que toute désinfection de la cavité située au-dessus, devenait impossible. Je fus assez heureux de pouvoir introduire, dans cet orifice, une laminaire,

grâce à laquelle j'obtins une dilatation suffisante pour introduire un gros tube à drainage. Aussitôt la poche fut lavée, nettoyée avec soin pendant plusieurs jours. Les phénomènes d'intoxication cessèrent aussitôt et la malade guérit.

Ordinairement, ces cavités sont plus facilement abordables, et des lavages vaginaux pratiqués en retenant le liquide par la constriction de la vulve, suffisent pour assurer leur asepsie complète.

Enfin, j'ai vu deux fois persister, au fond du vagin, une induration profonde, douloureuse, donnant de temps en temps une poussée inflammatoire. Ces phénomènes ont cependant cessé après quelques semaines.

Les indications de cette opération sont, pour moi, absolument formelles.

Toutes les fois qu'il existe autour de l'utérus une suppuration déjà ancienne, avec induration considérable englobant l'utérus en l'immobilisant, on doit songer à aller, par cette voie, détruire les organes malades.

Mais l'indication est encore plus formelle lorsque ces lésions résident dans l'abdomen et forment un plastron très étendu et très dur derrière la paroi de l'abdomen. C'est dans ces circonstances que l'opération par le ventre est rendue très difficile et même impossible à cause des adhérences intestinales et épiploïques qui empêchent d'enlever les parties malades sans danger.

Deux fois, j'ai eu l'occasion de pratiquer une laparotomie dans le but d'enlever des annexes suppurées dans ces circonstances. Or, l'ouverture de l'abdomen m'ayant démontré l'impossibilité de rien tenter par cette voie, je me décidai à agir par le vagin en enlevant l'utérus avec succès.

(Bulletin de Thérap.).

* * *

85. — Du varicocèle pelvien et de son traitement. —

Cette question présente un grand intérêt pratique, car les phlébec-tasies du ligament large sont très fréquentes et semblent jouer un rôle important dans la pathogénie des organes génitaux de la femme, en particulier dans ces pseudo-métrites dans lesquelles prédominent les troubles de congestion passive.

Malheureusement, il n'y a pas à proprement parler de signe clinique caractéristique du varicocèle pelvien, de sorte que l'affection ne

peut être que supposée sur le vivant, avec plus ou moins de probabilité. Quoi qu'il en soit, il faut penser aux varices pelviennes chaque fois qu'on se trouve en présence de malades variqueuses présentant au moment des règles des phénomènes congestifs exagérés, suivis d'hémorragies abondantes.

Voici, d'après M. le D^r G. Roussan, le traitement que M. le D^r Pozzi, chirurgien des hôpitaux de Paris, préconise contre cette affection :

S'il y a des douleurs vives au moment des règles, on prescrira le repos au lit, une diète légère et des lavements opiacés. Pour combattre la stase sanguine dans les organes du bassin, la malade pratiquera, dans les intervalles des règles, des injections vaginales très chaudes à 45° ou 55° ; des irrigations rectales d'eau à la même température produisent sur la circulation pelvienne des effets encore plus marqués. Les injections rectales seront faites matin et soir, à l'aide d'une sonde molle pénétrant dans l'intestin à une dizaine de centimètres environ, de façon que l'eau chaude puisse agir sur tout le rectum de haut en bas. Il est bon d'introduire au préalable dans l'anus un petit dilateur en porcelaine pour favoriser la sortie du liquide. On doit se servir pour ces irrigations d'eau filtrée et bouillie et faire passer à chaque séance de 5 à 6 litres de liquide. Ce traitement très simple serait d'une grande efficacité. On peut aussi, avec avantage, faire usage de certains médicaments dits vasculaires, tels que la teinture d'hydrastis canadensis à la dose de 30 gouttes, répétée trois fois par jour ou bien l'extrait fluide d'hamamelis virginica, à la dose journalière de 10 à 20 gouttes. Mais il faut user prudemment de ce dernier médicament, car il exerce, comme on sait, une action énergique sur la circulation.

Dans les cas où ces moyens se montreront insuffisants, on aura recours d'abord au curettage utérin ; si, malgré le curettage, les douleurs, les troubles nerveux et les hémorragies persistent et revêtent un caractère grave, la castration s'impose alors comme une dernière ressource. Toutefois, il ne faudra pas oublier que c'est surtout dans les cas de varices pelviennes qu'on voit survenir après la castration des accidents d'hématocèle.

(Revue de thérap. méd. chir).



86. — Viburnum opulus. — Le Dr MELVILLE E. DE LAVAL (*Gazette médicale de Montréal*, 540) examine l'action thérapeutique du *viburnum opulus*.

Une variété de cette plante, cultivée dans les jardins sous le nom de Boules de neige, *Snow-Bals*, n'a pas de fleurs fertiles, ne se reproduit que par boutures, ne possède pas de propriétés thérapeutiques.

La variété fertile est considérée comme officinale aux Etats-Unis. Elle aurait les propriétés suivantes : antispasmodique, sédatif, anti-abortif, mais serait en général inférieure au *viburnum prunifolium*.

Néanmoins les Dr Nelson et J.-C. Fossier affirment que son action serait différente de celle du *viburnum prunifolium* et lui serait supérieure dans certains cas.

Cette drogue donnerait d'excellents résultats dans les contractions spasmodiques des membres inférieurs chez les femmes enceintes et dans tous les cas de crampes.

Dans les cas où il existe en même temps une irritation de l'estomac, cette drogue peut causer des vomissements qui disparaissent rapidement par l'emploi de la pepsine.

(*Progrès thérap.*).

* * *

87. — Solvéol. — J. REICH attire l'attention sur les propriétés antiseptiques et désinfectantes du *solvéol*. Le *solvéol* est une solution neutre et concentrée de crésol que l'on obtient grâce au crésotinate de soude. Elle est miscible en n'importe quelle proportion à l'eau et donne des solutions neutres et limpides, même avec l'eau contenant de la chaux. Ces solutions, à pouvoir antiseptique égal, sont beaucoup moins toxiques que l'acide phénique.

D'après *Hammer*, une solution de solvéol à 0,5 pour 100 (c'est-à-dire une solution de solvéol contenant 0,5 pour 100 de crésol) est suffisante pour toutes les opérations chirurgicales ; de par son pouvoir bactéricide, elle est supérieure à une solution d'acide phénique à 2 pour 100, 3 pour 100 et même 5 pour 100. Pour les opérations aseptiques, on n'aurait besoin, d'après *Hueppe*, que d'une solution à 0,1 pour 100.

Le solvéol est supérieur à l'acide phénique en ce qu'il agit, en solution à 0,5 pour 100, plus énergiquement et plus sûrement que l'acide phénique 3 ou 5 pour 100, qu'il est moins toxique et moins caustique, qu'il est meilleur marché, et qu'enfin, étant miscible en toutes pro-

portions à l'eau, on peut toujours préparer avec facilité des solutions fraîches.

Ce qui le différencie, à son avantage, des sapocarbols, tels que la créoline, le lysol, etc., c'est qu'il ne rend pas glissantes les mains des opérateurs (le solvéol ne contient pas de savon), qu'il est à peu près inodore, qu'il donne des solutions limpides même avec l'eau riche en sels calcaires, que sa solution est neutre et que toutes les solutions contiennent les mêmes proportions de crésol actif, le solvéol possédant une composition bien définie.

Enfin, le solvéol est même préférable au sublimé en ce qu'il agit avec son énergie habituelle en présence des albuminoïdes, par son intoxicité relative en égard à son pouvoir antiseptique, qui, de toutes les substances aromatiques, se rapproche le plus du sublimé, et, par sa miscibilité parfaite, à n'importe quelle eau.

Pour l'antisepsie médicale, chirurgicale et obstétricale, on se sert d'une solution de 37 centimètres cubes de solvéol dans 2 litres d'eau (ce qui donne une solution de solvéol contenant 0,5 pour 100 de crésol) ; pour pulvérisations (dans les chambres, etc.), on emploiera une solution de 37 centimètres cubes de solvéol dans 480 centimètres cubes d'eau.

(*Nouv. Rem. Med. Mod.*)

88. — Traitement de l'éclampsie, par LÉOPOLD ROHM.
(*Lancet*, 2 janvier 1892.) — L'auteur a tiré de bons résultats de la compression des carotides internes dans les cas d'éclampsie.

89. — Le dermatol en gynécologie. — Ash, de Breslau, recommande particulièrement le dermatol comme antiseptique non toxique. Mais, c'est à tort qu'on l'a considéré comme devant remplacer l'iodoforme. Il a sa place à côté de ce médicament, peut être employé avec autant de succès que lui dans certains cas où l'iodoforme est inutile, sans toujours le remplacer.

90. — Les injections dans les accouchements normaux. — Après une série d'observations minutieuses et comparati-

ves, statistique de la clinique obstétricale de Dresde pour l'année 1890, Léopold constate que la suppression des injections vaginales et autant que possible du toucher dans les accouchements normaux donnent des résultats excellents. Les quelques cas de fièvre observés étaient dus à des sources pathologiques particulières : syphilis, fœtus putréfié, gonorrhée, etc.

Léopold pense en outre que le lavage répété des mains dans de l'eau chaude, l'emploi méticuleux du savon et de la brosse, sans l'emploi d'antiseptique sont suffisants pour assurer une parfaite asepsie. C'est l'opinion soutenue depuis longtemps en Angleterre par Granville Bantock et Lawson Tait qui considèrent tous les antiseptiques comme inutiles ou nuisibles. (*Journal de méd. de Paris.*)

* * *

91. — Fixateur intra-utérin. — A la Société d'obstétrique de Bordeaux (8 mars 1892).

M. Courtin, frappé des difficultés qu'on éprouve journellement à maintenir dans l'utérus les tiges de laminaire ou les crayons médicamenteux, a imaginé de faire construire par M. Gendron de petits disques en caoutchouc, percés de trous dans lesquels on peut fixer la tige à introduire dans l'utérus.

Pour placer l'appareil, il suffit, après avoir fixé la tige dans l'un des trous, de plier le disque en deux moitiés et de le saisir dans les mors d'une pince. La tige introduite dans l'utérus, on lâche prise et le disque, se développant, vient buter sur le col et, maintenu dans cette position par la paroi même du vagin, empêche la tige d'abandonner l'utérus.

Ces disques sont de trois types et mesurent trois, trois et demi et quatre centimètres. Une collerette, placée au milieu de leur face inférieure, permet de les retirer facilement du vagin.

M. Chaleix objecte la difficulté qu'il peut y avoir à introduire la tige dans l'utérus, le disque empêchant de voir la direction qu'on lui donne.

M. Lefour trouve très ingénieux le fixateur de M. Courtin qui lui paraît avoir un double avantage : empêcher la tige de laminaire de ressortir, l'empêcher également d'être avalée par l'utérus. Quant à l'objection soulevée par M. Chaleix, elle n'a point sa raison d'être, car on n'introduit guère de tige dans l'utérus, sans avoir, par un cathé-

térisme préalable, bien déterminé la direction du conduit utérin.

M. Lannelongue félicite M. Courtin de son idée ; il se réserve d'employer le fixateur pour maintenir ses tiges de laminaire en place, car il redoute fort de voir celles-ci avalées par l'utérus et très difficiles alors à retirer.

M. Hirigoyen fait valoir un autre avantage du fixateur ; celui-ci empêche, en effet, la pression de la tige sur le vagin, pression qu'il a vu être suivie d'eschare et de fistule.

M. Monod a, dans deux circonstances, éprouvé de très grandes difficultés à retirer de l'utérus les laminaires gonflées et perdues dans les tissus ; le fixateur doit empêcher pareille mésaventure ; son emploi lui paraît moins indiqué pour le maintien des crayons médicamenteux.



92. — Traitement de la vulvite infantile, par le D^r COMBE. — Si l'on veut prévenir l'apparition de la vulvite et de la vulvovaginite des petites filles, il faut accepter la notion de contagiosité de la maladie pour la généralité des cas.

On évitera alors tout contact suspect : aux femmes qui ont des fleurs blanches ou des écoulements de quelque nature que ce soit, on dira que ces écoulements peuvent se transmettre à leurs filles soit par la communauté du lit, soit par celle des objets de toilette intime (éponges, linges, etc.).

On leur conseillera de se traiter et de se guérir de ces écoulements ; les injections vaginales pendant les dernières semaines de la grossesse servent de prophylaxie à l'ophtalmie des nouveau-nés ; de même pour la vulvite des petites filles.

On éclairera les familles sur la possibilité de la transmission d'une ophtalmie à la vulve et d'une vulvite aux yeux, et l'on fera tout pour éviter le transfert du pus d'un organe à l'autre.

Dans les pensions de jeunes filles, dans les hôpitaux, dans les stations thermales, on interdira l'usage des piscines communes aux petites filles, à moins d'être sûr qu'aucune d'entre elles n'est atteinte de vulvite. Et encore serait-il plus prudent de réserver à chacune sa baignoire, comme nous le faisons au Dispensaire de la Société philanthropique, où nous avons toujours refusé de nous servir de la piscine, que nous avons supprimée et remplacée par des baignoires.

Après qu'une enfant atteinte de la vulvite aura pris un bain, il faut

dra nettoyer avec soin la baignoire à l'eau bouillante pour tuer les germes de la vulvite.

J'ai pour habitude de donner les bains à toutes les fillettes atteintes de vulvo-vaginite qui viennent au Dispensaire, et, grâce à ces mesures, la propagation du mal a toujours été évitée.

Il serait prudent également de ne pas livrer à la blanchisseuse les linges souillés de pus avant de les avoir plongés dans l'eau bouillante ou dans une solution de sublimé à 1 pour 1,000.

Une fillette atteinte de vulvite doit-elle être exclue de l'école ?

Oui, si la maladie est aiguë, s'il y a des démangeaisons, si l'enfant porte incessamment les doigts aux parties génitales, car elle peut alors communiquer des vulvites et des ophtalmies à ses camarades, en jouant avec elles.

Le traitement varie suivant les cas, mais toujours il doit être antiseptique :

S'il n'y a que de la vulvite, il suffit de faire, deux ou trois fois par jour, des lotions avec une décoction de feuilles de noyer suivies d'une pulvérisation de salol entre les lèvres, avec application d'ouate hydrophile maintenue par un bandage.

Je donne en même temps trois bains sulfureux par semaine.

Les lotions avec le sublimé à 1 p. 2000, avec le chlorate de potasse à 5 p. 100, m'ont rendu quelques services.

Si la vulvite est accompagnée de vaginite, il faut faire pénétrer les topiques dans le vagin, pour avoir une guérison prompte et complète.

On peut, à l'exemple de R. Pott, introduire des crayons modificateurs à travers l'hymen. Ces crayons contiendront de l'iodoforme ou du salol ; c'est à ce dernier médicament que je donne la préférence.

Je me sers habituellement de petits crayons ou bougies, de 2 à 3 millimètres de diamètre, contenant 10 centigrammes de salol par gramme de beurre de cacao.

(Bullet. de therap.).

93. — Traitement des palpitations de l'âge critique.

— M. KICH a observé des cas nombreux de tachycardie survenant chez les femmes à l'époque de la ménopause. Ces accidents apparaissent rarement après la cessation complète des règles, plus fréquemment au moment où les règles commençaient à devenir irrégulières,

peu abondantes ; ils s'annonçaient par des palpitations chez des sujets indemnes jusqu'alors des troubles de cette nature. Ces palpitations revenaient d'abord sous l'influence des efforts, puis au moindre mouvement, et enfin, même au repos. Ils s'accompagnaient de sensation de défaillance, d'oppression thoracique, de battements violents des carotides et de l'aorte abdominale. Bientôt survenaient des vertiges, des tintements d'oreilles, des céphalées et parfois on voyait se produire des syncopes.

On trouvait alors le pouls extrêmement rapide, battant de 120 à 150 pulsations au moins à la minute, ample d'ailleurs, régulier et bien frappé. L'auscultation du cœur indiquait également une accentuation manifeste des bruits du cœur. Parfois survenaient sur la poitrine et au visage des plaques érythémateuses fugaces, s'accompagnant d'une vive sensation de chaleur.

Les crises de tachycardie reparaissaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, parfois plusieurs fois par jour, et duraient de quelques minutes à un quart d'heure. Elles ne coïncidaient pas avec un état anémique du sang comme le veulent Clément et Boerner, et l'auteur a vu, au contraire, dans la plupart des cas, une augmentation notable du taux de l'hémoglobine.

Clément a constaté quatre cas de tachycardie de la ménopause ; Boerner, trois cas ; Moor, un cas ; l'auteur ajoute vingt-huit observations du même ordre.

L'affection ne comporte pas un *pronostic* funeste ; elle peut durer quelques semaines ou persister pendant deux ans. Souvent elle évolue pendant le temps de la ménopause, ne cessant que lorsque les règles ont complètement disparu ; rarement, elle survit à la ménopause.

L'emploi fréquent de purgatifs légers a donné à l'auteur d'excellents résultats dans le traitement de cette tachycardie. On peut y joindre le séjour à la campagne, une nourriture légère, et prescrire un repos presque complet avec hydrothérapie. Le bromure de potassium à petites doses produit de même les meilleurs effets. — (*Annales de gynécologie.*)

* * *

94. — Hystérectomie abdominale et hystérectomie vaginale combinées pour cancer. — On sait que dans certains cas, soit à cause du volume considérable du corps de l'utérus, soit par suite de certaines adhérences avec les parties voisines, l'hys-

térectomie abdominale totale est rendue impossible, qu'il s'agisse de cancer ou de tout autre néoplasme utérin. Plusieurs chirurgiens ont proposé, dans ces circonstances, d'associer l'hystérectomie abdominale à l'hystérectomie vaginale. Les résultats ont été variables et les observations publiées sont encore peu nombreuses; c'est pourquoi, il ne nous semble pas sans intérêt de résumer le fait suivant, communiqué par M. Cushing, à la *Suffolk district medical Society*. Il s'agit dans ce cas, d'un cancer utérin enlevé par hystérectomie abdominale et vaginale combinées.

Le sujet était une femme de 37 ans, chez laquelle on avait pratiqué antérieurement l'amputation du col cancéreux. La récidive ayant été assez rapide et la néoplasie paraissant bien nettement limitée à l'utérus, M. Cushing résolut de faire l'hystérectomie vaginale quoique le corps de l'utérus lui semblât très volumineux.

Les premiers temps de l'opération furent simples, mais lorsqu'ils fallut attirer à la vulve, le corps de l'utérus pour le détacher, on en fut empêché par le volume de la tumeur. M. Cushing, se décida alors à pratiquer la laparotomie en s'entourant des précautions les plus rigoureuses et en se servant d'instruments qui n'avaient pas été employés dans la première partie de l'opération. La tumeur fut facilement enlevée et après le pansement, la malade paraissait dans d'excellentes conditions.

Cependant dès le lendemain, elle commença à s'affaiblir, le pouls devint vif, irrégulier et diminua rapidement de force; la mort survint, sans fièvre, quarante-sept heures après l'opération.

A l'autopsie il n'y avait pas de péritonite; on ne trouva que quelques caillots pré-agoniques dans le ventricule droit. La malade avait donc succombé à l'affaiblissement progressif provoqué par le shock opératoire.

M. Cushing croit que dans les cas de cancer, surtout chez des femmes affaiblies par la douleur et des hémorrhagies fréquentes, comme c'était le cas ici, il ne faut avoir recours à l'hystérectomie abdominale, même combinée, que quand il est absolument impossible de faire autrement. C'est, ajoute-t-il, une trop grande opération pour ces malades épuisées.

(*Bull. méd.*)



95. — Solution salicylique pour injections vaginales.

Acide salicylique.....	1 gr.
Alcool à 90°.....	10 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

On mélange cette solution avec 100 ou 200 parties d'eau, de façon à obtenir une solution au deux centième ou au trois centième, ou plus étendue si c'est nécessaire.

Pour les injections vaginales, soit dans les cas de leucorrhée, soit à la suite de l'accouchement, les injections au millième suffisent lorsqu'on emploie une grande quantité de liquide ; mais l'injection au cinq centième est ordinairement préférable. C'est aussi celle que l'auteur recommande pour les maladies de l'oreille. Enfin, c'est la solution au cinq centième que M. le professeur Guyon emploie avec succès pour les injections vésicales.

(Gaz. de Gyn.)

* * *

96. — Injections contre la leucorrhée.

Lysol (une cuiller à café).....	5 gr.
Eau chaude.....	1 litre.

Pour une injection à prendre matin et soir.

* * *

97. — Pommade contre les hémorroïdes. (HOSOBUDSKI.)

Chrysarobine	0 gr. 80 centigr.
Iodoforme.....	0 gr. 30 —
Extrait de belladone.....	0 gr. 60 —
Vaseline.....	15 grammes.

FORMULAIRE

*Emploi du *teucrium scordium* contre le prurit vulvaire.*

(JULES CHÉRON.)

Le *teucrium scordium* est une plante qui croît dans l'Europe méridionale et qui a la réputation d'avoir des propriétés anthelminthiques.

C'est la poudre de feuilles qui est employée en thérapeutique, à la dose moyenne de cinquante centigrammes, trois fois par jour, une demi-heure avant les repas. La saveur du médicament est légèrement poivrée ; on se contente de faire dissoudre la poudre dans un peu d'eau.

Le Dr Lebel, il y a une trentaine d'années déjà, a préconisé le *teucrium scordium* contre les démangeaisons insupportables qui accompagnent parfois les hémorroïdes.

Le Dr John Brinton a repris récemment l'étude de ce médicament et le croit très efficace contre le prurit hémorroïdaire. Loin de fatiguer l'estomac, il stimule l'appétit, calme l'irritation nerveuse et bientôt fait disparaître les démangeaisons de la région anale.

Contrairement à ce qu'on a prétendu, le *teucrium scordium* réussit très bien contre le prurit vulvaire, à la condition que ce prurit ne soit pas d'origine diabétique.

Il est utile d'associer un traitement local à l'emploi du *teucrium*, lorsque le prurit est entretenu par des écoulements venant du vagin ou de l'utérus.

C'est pourquoi nous conseillons le traitement suivant :

1° Injections vaginales chaudes, matin et soir, avec deux cuillerées à bouche de la poudre suivante dans un litre d'eau :

Acide borique pulv. 100 gr.

2° Lotions, trois ou quatre fois par jour, sur la région ano-vulvaire, avec un peu d'ouate hydrophile imbibée de parties égales d'eau chaude et de liqueur de Van Swieten.

3° Une demi-heure avant chacun des repas, prendre dans un peu d'eau, un des paquets suivants :

Poudre de feuilles de *teucrium scordium* 5 grammes en dix paquets.

Par ce traitement complexe le prurit vulvaire disparaît en quelques jours, à moins qu'il ne s'agisse de prurit symptomatique du diabète. La guérison n'est durable, bien entendu, que si l'on se rend maître, par un traitement approprié, de la vulvite, de la vaginite ou de l'endométrite, voire même si l'on enlève un polype, etc., qui occasionnait l'écoulement irritant, cause véritable du prurit vulvaire.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

I. — UN CAS AUTHENTIQUE DE PÉRITONITE BLENNORRHAGIQUE.

II. — LA VULVO-VAGINITE DES PETITES FILLES.

I. — Tous les gynécologistes admettent la fréquence de la salpingite blennorrhagique et tous admettent également la fréquence de la péritonite consécutive à cette salpingite. L'accord cesse quand il s'agit d'établir si cette péritonite est elle-même blennorrhagique.

« Existe-t-il une péritonite gonorrhéique ? dit Bumm (1). La chose est douteuse, les microbes de la gonorrhée ne possédant d'action pathogène que sur les membranes muqueuses et mourant dans les cavités séreuses. Le pus gonorrhéique qui, des kystes tubaires rompus, fait irruption dans la cavité péritonéale, n'y agit habituellement qu'à la manière d'un corps étranger aseptique, il s'y enkyste. Les choses se passent un peu différemment quand le pus tubaire, à l'origine purement gonorrhéique, contient, grâce à une infection mixte, des

(1) Voir *Revue des maladies des femmes*, janvier 1890, p. 6.

germes pyogènes. Dans ce cas l'irruption du pus peut être l'origine d'une péritonite septique. »

L'observation suivante, rapportée par le D^r Wertheim, assistant du D^r Schauta (de Vienne) (1), démontre l'existence de la péritonite gonorrhéique ; nous la reproduisons d'après l'analyse du D^r Lambinon, dans le *Journal d'Accouchements* (1892, p. 137).

« L'épouse K. M., âgée de 25 ans, nullipare, est réglée depuis l'âge de 16 ans. Les menstrues sont peu abondantes et apparaissent d'une manière irrégulière.

« Depuis 3 ans, la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre accompagnées de crampes très fortes résistant à différentes (?) médications.

« Le sang des règles, peu abondant, a une coloration pâle.

« Les jours derniers, les douleurs augmentent sensiblement et il se déclare des pertes de nature purulente. Le 20 mars, la patiente est admise à l'hôpital.

« *Examen* : Cette femme pâle est solidement charpentée sans être très forte.

« Rien d'anormal du côté du cœur, rien dans le tissu pulmonaire.

« Les parois abdominales un peu distendues ne présentent nulle part de résistance particulière et rendent un son tympanique quand on procède à la percussion. Il s'écoule de la vulve une sécrétion purulente abondante.

« En comprimant le canal de l'urèthre, on voit jaillir une goutte de pus. Le vestibule est étroit et la muqueuse congestionnée. On sent quelques aspérités dans le vagin. La portion vaginale du col a une forme conique et l'orifice externe du col est arrondi. L'utérus présente les dimensions et la consistance normales et se trouve en antéflexion.

« Les culs-de-sac latéraux sont libres. La trompe droite, ayant acquis l'épaisseur d'un doigt, est excessivement douloureuse à la pression.

« On perçoit une augmentation de volume de l'ovaire droit ; les annexes du côté gauche sont fort sensibles et peu tuméfiées.

(1) *Centr. f. gynæk.*, n° 20, 1892.

« **DIAGNOSTIC** : Salpingite à droite, périmétrite récente. Nous proposons formellement à cette malade, traitée pendant 3 ans par différentes méthodes, de lui enlever les annexes de l'utérus. La femme consent à se laisser opérer.

« On fait la laparotomie le 24 mars de cette année. Il ne s'est pas encore produit d'adhérences entre les parties malades et l'intestin.

« La séreuse tapissant les organes du petit bassin est le siège d'une réaction inflammatoire intense. La surface de l'utérus et des annexes est fortement injectée à cause de la dilatation des vaisseaux. La surface de la séreuse est trouble, recouverte en certains points de dépôts purulents. Il y a un peu de pus dans le repli de Douglas.

« Des dépôts blanchâtres assez épais tapissent la face postérieure de l'utérus et celle du ligament large gauche. On peut enlever ces pseudo-membranes sous forme de pellicules minces. La séreuse apparaît alors comme érodée et sanguinolente. La trompe droite fortement augmentée de volume ne présente nulle part des adhérences. Près de l'ouverture abdominale de cette trompe, on remarque une goutte de pus.

« La trompe gauche est un peu augmentée de volume. Pas de pus dans la lumière de la trompe. L'ovaire semble assez gros.

« On procède suivant les règles établies à l'extirpation des annexes de l'utérus dépourvues d'adhérences. Après avoir pris les précautions antiseptiques les plus minutieuses, on fait des sutures en étage pour refermer la cavité abdominale.

« Nous sommes évidemment en présence d'un cas de péritonite aiguë. Suivant nos recherches microscopiques, il s'agit d'une inflammation péritonéale due à la présence de gonocoques de Neisser. Le pus recueilli dans les replis de Douglas et les membranes blanchâtres enlevées de la surface de la séreuse ont été examinés au microscope au moyen des méthodes connues.

« Les corpuscules de pus et les membranes fibrineuses étaient farcies de gonocoques. Les cultures bactériologiques (Wertheim) ont confirmé les résultats des recherches microscopiques. C'est la trompe droite qui a été le point de départ de l'infection péritonéale. Les corpuscules de pus renfermaient autant de gonocoques que les sécrétions de la gonorrhée uréthrale à la période d'acmé.

« Après avoir inoculé avec succès aux animaux la péritonite d'ori-

gine blennorrhagique nous avons trouvé chez des malades atteintes de gonorrhée ascendante des gonocoques dans le tissu des trompes et dans la séreuse péritonéale (*Archives de gynécologie*, vol. XLI, cahier I, p. 53). Avant d'avoir opéré cette malade, nous n'avons jamais vu l'exsudat couvrant la séreuse. C'est le premier cas authentique de péritonite d'origine gonorrhéique où l'on a vu l'exsudat en partie liquide et en partie sous forme de membrane recouvrant le revêtement séreux du petit bassin. On rencontre d'habitude des adhérences produites par l'inflammation péritonéale.

« L'infection du péritoine par les gonocoques peut se faire de deux manières : 1° Les germes suivent le chemin le plus long et passent le long de la muqueuse jusqu'à l'orifice abdominal de la trompe ; 2° Ils peuvent simplement traverser la paroi tubaire. Nos recherches nous permettent d'affirmer que, dans le cas faisant l'objet de cette observation, les germes ont suivi la première voie.

« Suites opératoires : La température s'est élevée à 38°2 C. le 2° et le 4° jour après la laparotomie.

« Le 9 avril, la patiente est guérie. »

La péritonite gonorrhéique existe donc ; le fait qui précède en est la preuve. Il y a lieu toutefois de remarquer qu'il s'agissait de lésions de péritonite aiguë, récente, ou tout au moins venant de subir une poussée aiguë. En conséquence, l'assertion de Bumm n'est pas complètement démentie par cette observation. Rien ne prouve en effet que les gonocoques, constatés à la surface de la séreuse péritonéale, peu de jours après l'irruption hors de la trompe, auraient continué à pululer si on avait laissé la malade tranquille un certain temps. La clinique démontre, au contraire, que la péritonite consécutive à la salpingite blennorrhagique ne tarde pas à passer à l'état chronique ; après une période aiguë d'assez courte durée, elle se transforme en péritonite séro-adhésive, enkystée, se comportant comme une péritonite aseptique. La théorie de Bumm est tout à fait d'accord avec l'observation clinique. Nous savons, du reste, que, dans les vieilles salpingites, n'ayant pas subi depuis longtemps de poussée aiguë, on

ne trouve pas ou on trouve très peu de microbes pathogènes (Cornil), à plus forte raison en doit-il être ainsi de la péritonite consécutive.

Nous ne discuterons pas, dans cette revue, le traitement appliqué dans l'observation du D^r Wertheim ; il y aurait cependant des remarques importantes à faire à propos de la conduite à tenir en présence des lésions blennorrhagiques chez la femme... mais nous y reviendrons, l'un de ces jours, avec exemples à l'appui.

II. — M. Comby a complété, dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale* (janvier 1892), l'étude qu'il avait faite l'année dernière à la *Société médicale des hôpitaux* (17 juillet 1891) sur la vulvo-vaginite. Nous empruntons l'analyse qui suit au *Journal de médecine de Paris* (1892, p. 346), en raison de l'importance pratique du sujet :

« Les observations de M. Comby ont porté sur plus de 150 sujets, dont 84, c'est-à-dire plus de la moitié, avaient plus de 2 et moins de 10 ans, en d'autres termes, étaient à l'âge où les enfants quittent leur berceau pour partager le lit de leur mère, ou de leurs grandes sœurs. L'onanisme, la malpropreté, les oxyures vermiculaires ne lui paraissent avoir qu'une influence étiologique très limitée ; il a vu la vulvite apparaître 1 fois après la rougeole, la scarlatine, la grippe, 2 fois après la fièvre typhoïde et la varicelle. La vulvite varicelleuse, comme la vulvite impétigineuse ne sont que le résultat d'une localisation éruptive sur la muqueuse vulvaire.

L'étude de la grande majorité des faits qu'il a relevés a convaincu l'auteur de l'origine contagieuse des vulvo-vaginites infantiles : communauté de lit avec une femme atteinte de leucorrhée, contact de la petite fille avec un nouveau-né atteint d'ophtalmie, usage d'objets de toilette servant à une femme atteinte d'écoulement vaginal, etc.

La vulvite résulte donc le plus ordinairement d'une contagion familiale, et sur les 150 cas observés par lui, Comby n'a pas osé affirmer une seule fois l'origine vénérienne de la maladie ; il considère cependant comme probable la possibilité du développement de vulvites *spontanées* résultant de causes locales (malpropreté, etc.), et ne pouvant pas se transmettre par contagion. Au point de vue des symptômes, on doit distinguer 2 formes, l'une *aiguë*, l'autre *chronique*. La vulvite aiguë s'accompagne des phénomènes bien connus : écoulement séro-purulent d'abord, puis plus épais, plus coloré, se concrétant en croûtes qui font parfois adhérer les grandes lèvres entre elles ; rougeur, démangeaison de la vulve, etc. Très souvent il y a en même temps uréthrite : l'envahissement du vagin à travers le détroit hyménial est plus commun que la propagation au canal de l'urèthre : alors la vulvo-vaginite est constituée, et cette forme est plus rebelle et plus tenace que la simple vulvite. La vulvite aiguë simple peut être courte, mais sa durée est rarement inférieure à deux ou trois semaines ; quand il y a simultanément vaginite, cette durée est très longue.

La forme chronique leucorrhéique se constate surtout chez les petites filles anémiques ou scrofuleuses. Parmi les complications possibles de la vulvo-vaginite, il faut citer, en première ligne, les ophtalmies secondaires, puis les arthrites et même la péritonite (2 cas rapportés par les auteurs).

Si le pronostic est bénin, les rechutes sont fréquentes. La prophylaxie de l'affection consistera à éviter tout contact avec les sujets atteints d'écoulement quelconque ; dans l'interdiction de l'usage des piscines communes, etc. : toute fillette atteinte de vulvite aiguë, avec démangeaisons, devra être exclue de l'école.

Le traitement sera variable suivant les cas, mais toujours il devra être antiseptique ; s'il s'agit d'une vulvite simple,

lotions avec décoction de feuilles de noyer suivies d'une pulvérisation de salol entre les lèvres avec application d'ouate hydrophile ; en même temps bains sulfureux (3 par semaine). S'il y a vulvo-vaginite, faire pénétrer les topiques dans le vagin : Comby donne la préférence à de petits crayons ou bougies de 2 à 3 milim. de diam., contenant 10 centigr. de salol par gramme de beurre de cacao. Dans ses conclusions, l'auteur insiste sur ce point que la vulvite est certainement contagieuse dans la grande majorité des cas : si cette contagion peut être vénérienne, elle ne l'est que d'une façon tout à fait exceptionnelle ; le plus souvent la vulvo-vaginite infantile n'a rien de blennorrhagique, et alors même que l'on trouverait des gonocoques dans l'écoulement, on ne serait absolument pas autorisé à tirer de ce fait des déductions médico-légales. »

Les réserves de M. Comby au point de vue médico-légal sont justifiées ; mais cela ne veut pas dire que le mot *blennorrhagique* soit mauvais dans le cas de vulvite à gonocoques. Puisqu'il s'agit de contagion d'accidents d'origine blennorrhagique, la vulvite des petites filles est bien, elle aussi, une vulvite blennorrhagique : qu'on dise qu'elle n'est pas due à des tentatives criminelles, qu'elle n'a rien de *vénérien*, cela est légitime, mais ce qui n'est pas légitime, c'est de reculer devant le mot blennorrhagie parce que le mode de contagion est différent du mode habituel.

JULES BATUAUD.

APPLICATION DE LA GALVANO-CAUSTIE THERMIQUE à la gynécologie,

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(Suite.)

Née en France, dans la première année de ce siècle et due aux travaux réunis de Fourcroy, Thénard, Vauquelin et Hachette, la galvano-caustie thermique fut appliquée, pour la première fois, en thérapeutique, par deux médecins français, Récamier et Pravaz, en 1821. Détail curieux à noter, ce fut précisément pour une affection utérine, dans un cas de cancer du col, que ce merveilleux moyen fut utilisé (1).

On l'a souvent répété avec raison, Récamier, esprit très inventif, gynécologiste de grande valeur auquel ses contemporains n'ont peut-être pas rendu complètement justice, ne savait pas profiter de ses découvertes et n'avait pas l'énergie suffisante pour défendre ses idées et les faire triompher envers et contre tous. Aussi se passa-t-il plus de trente années avant que son exemple fût suivi par Amussat fils (2) et Robert Ellis (3).

En 1854, G. Marshall (4) employa à son tour la galvano-caustie thermique et obtint de bons résultats dans le traitement des fistules, et en particulier des fistules vésico-vaginales, par la cautérisation répétée du trajet fistuleux avec le cautère électrique ; il réussit même, dans quatre cas de prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle, à faire suffisamment rétracter le vagin pour rendre utile et aisément supportée l'application d'un pessaire vaginal.

Enfin, la même année, parut le grand ouvrage de Middeldorpf (5) (de Breslau), où l'on trouve, entre autres observa-

(1) Duchenne, de Boulogne. *De l'Electrisation localisée*, Paris 1855, page 20.

(2) Amussat fils. *Mémoires sur la galvano-caustie thermique*, Paris 1876, page 14.

(3) Robert Ellis, *The Lancet* 1853, tome II, page 503.

(4) J. Marshall, *The North London Medical Society*, 10 mai 1854.

(5) Middeldorpf, *loc. cit.*

tions, deux cas d'extirpation de polype de l'utérus, à l'aide de l'anse coupante.

Depuis lors l'emploi de la galvano-caustie thermique en gynécologie s'est généralisé et les indications thérapeutiques du galvano-cautère se sont multipliées de jour en jour. Pour les exposer avec ordre et d'une façon utile, je passerai en revue successivement les maladies de l'anus, de l'urèthre, de la vulve et de l'utérus susceptibles d'être traitées par ce procédé, terminant par une des complications les plus rebelles des affections de l'appareil utéro-ovarien, la coccygodinie. Alors, envisageant la question sous une autre face, je reprendrai, en quelques pages, les indications et le manuel opératoire de l'anse galvano-caustique, du couteau, des flèches et de la serpette du galvano-cautère. De cette façon, le lecteur aura du sujet une connaissance, sinon aussi complète que le permet l'état actuel de la science, du moins suffisante pour pouvoir apprécier à sa juste valeur et utiliser d'une manière scientifique et raisonnée les ressources considérables que la galvano-caustie thermique met entre les mains du gynécologiste moderne.

CHAPITRE I

Maladies de l'anus et du rectum chez la femme.

C'est un fait connu de tous les gynécologistes que, quand l'utérus est malade, la vessie et le rectum ne tardent pas à prendre part à cette altération morbide. C'est pourquoi les traités récents de gynécologie, comme celui de Hart et Barbour, consacrent un appendice aux maladies de l'anus et du rectum de même qu'à celles de la vessie et de l'urèthre. C'est pourquoi aussi j'ai été amené à parler, dans cet ouvrage, des applications de la galvano-caustie thermique à certaines maladies de l'anus et de l'urèthre chez la femme.

Pour ce qui concerne les maladies du rectum et de l'anus, en particulier, ne voit-on pas, tous les jours, des malades qui, atteintes de métrite chronique avec régression incomplète de l'utérus après un accouchement, ont vu peu à peu leur santé se perdre et une série d'accidents morbides évoluer du côté du rectum. La métrite a entraîné chez elles,

d'abord une congestion réflexe de l'estomac et du foie ; cette congestion, qui a été négligée à ses débuts, a gagné tous les organes du petit bassin et il est survenu une constipation opiniâtre. La gêne de la circulation-porte continuant à s'aggraver et passant à l'état chronique, des hémorroïdes ont apparu et la constipation s'est établie en permanence. Sous cette influence, la muqueuse rectale étant déjà congestionnée, il suffit du passage de matières très dures, expulsées au prix des plus grands efforts, pour produire une ulcération de cette muqueuse et voilà un abcès formé ; ce dernier arrive bientôt à maturité, il est évacué au dehors et la malade ressent un bien-être considérable ; aussi néglige-t-elle, le plus souvent, les soins nécessaires pour arriver à fermer complètement la cavité de l'abcès : et il s'en suit une fistule à l'an us.

La constipation, les hémorroïdes, la fistule à l'an us retiennent à leur tour, d'une façon fâcheuse, sur l'utérus dont elles aggraveront les troubles circulatoires en frappant d'inertie les centres vaso-moteurs de la région lombaire de la moëlle.

Il est donc indispensable que le gynécologiste se préoccupe des affections du rectum, chez les malades qui demandent ses soins, pour les prévenir, s'il est consulté à temps, et pour les guérir dans le cas contraire.

J'irai même plus loin et je dirai que, souvent, on est appelé à examiner des personnes qui accusent des troubles fonctionnels de l'appareil utéro-ovarien, sans qu'on puisse découvrir une lésion de texture ou de position des organes génitaux. Eh bien ! dans ces cas, si l'on explore attentivement le rectum, on y découvre souvent la lésion initiale, le point d'irritation périphérique qui, par l'intermédiaire de la moëlle lombaire, produit et entretient la congestion chronique de l'utérus. Il suffit alors de guérir l'affection du rectum pour voir la santé se rétablir et les troubles utérins céder rapidement à un traitement approprié. Backer-Brown (1) a eu le mérite d'insister, le premier, sur ce point important dont j'ai, à maintes reprises, eu l'occasion de vérifier l'exacti-

(1) Backer-Brown. On surgical diseases of women. London, 1866, p. 319.

tude ; il a du reste publié à ce sujet un grand nombre d'observations très démonstratives.

Les affections du rectum et de l'anus susceptibles d'être traitées par la galvano-caustie thermique, et qui intéressent le gynécologue, sont les hémorroïdes, les abcès, la fistule à l'anus, les polypes du rectum et les condylômes. Les végétations de la région anale seront étudiées avec les maladies de la vulve.

I. HÉMORRHOÏDES.

Il ne peut entrer dans mon esprit l'idée de faire, dans cet ouvrage, une monographie des hémorroïdes tant internes qu'externes, idiopathiques et symptomatiques ; malgré l'intérêt qui s'attache à cette question de pratique journalière, je suis forcé de restreindre mon sujet à l'étude des rapports qui peuvent exister entre les affections de l'appareil utéro-ovarien et les indications thérapeutiques qui en découlent naturellement, et à rechercher enfin les moyens de remplir ces indications.

Ainsi que je le faisais entrevoir, dans les généralités qui précèdent, lorsqu'il y a coïncidence de troubles utérins et d'une affection rectale, on doit se proposer avant tout de déterminer quelle est la lésion primitive, quelle est la lésion secondaire. Les commémoratifs et un examen sérieux suffisent, le plus souvent, à résoudre cette question.

C'est ainsi que le gynécologue est parfois consulté pour des troubles utérins persistants : symptômes de congestion de la matrice, flueurs blanches, désordres menstruels, etc., et cependant l'examen complet de l'appareil utéro-ovarien ne peut expliquer suffisamment les phénomènes morbides accusés par la malade. Qu'il recherche alors l'existence d'une lésion du rectum et il trouvera peut-être, dans les hémorroïdes préexistantes, le point de départ de la congestion utérine, la cause de l'aménorrhée, etc. Allingham rapporte un fait de ce genre, fait très instructif en ce que la malade, qui fait le sujet de l'observation, se croyait atteinte d'une affection utérine. Elle ressentait des douleurs dans les reins et dans les jambes quand elle essayait de marcher, elle s'était très affaiblie et était devenue languissante, irritable et fan-

tasque ; la menstruation s'était presque supprimée et une fois seulement, tous les trois ou quatre mois, elle avait des pertes très pâles. Interrogée par le D^r Chapman sur le fonctionnement du rectum, elle avoua qu'elle perdait du sang presque tous les jours en allant à la selle ; elle fut alors adressée à Allingham qui découvrit trois hémorroïdes très vasculaires, en fit l'ablation, après quoi la malade reprit vite sa santé première.

Beaucoup plus fréquemment les hémorroïdes tant internes qu'externes sont secondaires à une lésion de texture ou de position de l'appareil utéro-ovarien, mais ces hémorroïdes secondaires ne reconnaissent pas toujours la même pathogénie et il y a lieu de distinguer deux cas tout à fait différents, suivant que les hémorroïdes ont une origine purement mécanique ou une origine réflexe.

Le type des hémorroïdes secondaires d'origine mécanique est représenté par les hémorroïdes de la grossesse. Il en est de même de celles qui se montrent au cours des tumeurs abdominales, à la suite des déplacements et déviations de la matrice.

Les hémorroïdes symptomatiques de la grossesse ou des diverses conditions que je viens d'énumérer sont, le plus souvent, des hémorroïdes externes, d'après Allingham ; elles se développent en même temps que les varices des jambes et des grandes lèvres, présentent d'emblée la forme veineuse et disparaissent ordinairement après la délivrance.

On a remarqué, sans en pouvoir donner une explication satisfaisante, que les hémorroïdes internes font le plus souvent leur apparition après l'accouchement, pendant la période où se fait l'involution utérine.

Lorsqu'il n'existe ni tumeur ni déplacement des organes du petit bassin, les hémorroïdes symptomatiques d'une affection utérine se développent sous l'influence d'une série de troubles réflexes dont la congestion hépatique est le premier terme. Ainsi que j'en ai souvent constaté, toute affection utérine chronique a pour résultat de paralyser les centres d'innervation vaso-motrice de la moëlle et cette paralysie entraîne successivement la congestion du foie et de l'estomac, puis la congestion de tous les organes du petit bassin. Si

un traitement approprié n'est pas institué dès le début, la congestion hépatique, uniquement réflexe à son origine, finit par exister pour son propre compte et par se développer d'une façon indépendante de l'affection qui lui a donné naissance. C'est alors que les troubles de la circulation-porte venant s'ajouter aux effets de la congestion rectale et de la constipation, les hémorroïdes se constituent définitivement.

Il y a donc lieu de distinguer trois séries de cas bien distincts :

Dans la première, les hémorroïdes sont primitives et leur guérison entraîne rapidement la disparition des troubles utérins secondaires.

Dans la seconde, les hémorroïdes sont symptomatiques d'une tumeur ou d'un déplacement de l'utérus ; il faut alors s'adresser avant tout à l'organe primitivement atteint, enlever la tumeur, attendre la fin de la grossesse, réduire la matrice et lui rendre sa situation et sa direction normales. A l'appui de cette assertion, je crois bon de citer les lignes suivantes d'Allingham (1) qui fait à juste titre autorité pour les questions relatives aux maladies du rectum : « Chez les femmes affectées de rétroversion ou d'antéversion de l'utérus, dit-il, toute opération sur les hémorroïdes est très fâcheuse et vous causera très certainement du désappointement, à moins que la complication utérine ne soit soignée en même temps, ou, ce qui vaut mieux, avant l'opération. Mon expérience m'autorise à dire que si vous pouvez remettre l'utérus dans sa situation, dans ses conditions normales, vous verrez que l'affection du rectum n'est plus qu'une affaire relativement futile. Dans mes premières opérations sur des femmes, je ne fis pas suffisamment attention à l'état de l'utérus... J'ai constaté que, si les plaies cicatrisent il n'y a que peu de soulagement : il existe dans l'intestin la même sensation de pesanteur et de gêne douloureuse qu'avant l'ablation des hémorroïdes. Plus communément les plaies ne cicatrisent pas et il en résulte une ulcération très douloureuse ; celle-ci ne guérira jamais tant que les conditions pathologiques de l'utérus persistent. »

(1) Allingham, Maladies du rectum, trad. de G. Poinso. Paris, Delahaye, 1877, p. 70.

Enfin, dans la troisième série de faits, les hémorroïdes sont une complication réflexe, dépendant surtout de la congestion hépatique et, comme telle, doit être combattue par un traitement médical, à moins d'accidents urgents, obligeant à recourir à une intervention chirurgicale. C'est dans ces conditions qu'un régime approprié dont le point capital est la suppression du vin et de toute boisson alcoolique (dont l'action nocive sur le foie ne saurait être mise en doute), l'application de révulsifs sur la région de l'hypochondre droit, l'usage de purgatifs cholagogues, l'administration du capsicum annuum, qui a pour effet de décongestionner rapidement tous les viscères, enfin quelques conseils d'hygiène suffisent en général, à triompher de cette pénible affection.

L'intervention chirurgicale, dirigée contre les hémorroïdes en rapport avec une affection de l'appareil utéro-ovarien, ne s'adresse donc en définitive qu'aux complications des varices du rectum et de l'anus. Ces complications doivent être étudiées successivement dans les hémorroïdes externes et les hémorroïdes internes.

a. Hémorroïdes externes.

On n'a pas fréquemment l'occasion d'intervenir contre les hémorroïdes externes, car leurs complications sont elles-mêmes assez rares.

Sèches, indurées, semblables à de petites bourses cutanées indolores et extensibles, à l'état de *marisques*, pour employer l'expression consacrée, elles ne causent en général aucune gêne. Il peut se faire cependant que leur surface soit excoriée par les sécrétions vaginales et qu'elles deviennent dès lors très douloureuses par les frottements de la marche. Dans ces conditions, la malade peut en demander l'excision et on serait d'autant moins autorisé à ne pas accéder à sa demande que les veines n'existent plus dans les marisques, et que, par conséquent, la phlébite n'est pas à craindre.

S'il n'y a qu'un petit nombre de ces tumeurs, je me contente de les saisir l'une après l'autre avec des pinces à crans d'arrêt et de sectionner leur base d'implantation à l'aide de la serpette du galvano-cautère. Si elles sont nombreuses et volumineuses, je commence par en pédiculiser quelques-unes

avec mon forci-presseur à lames parallèles (dont je donnerai la description à propos de la pédiculisation des tumeurs de la vulve, pour lesquelles je l'ai imaginé), puis, à l'aide du couteau du galvano-cautère, je sectionne toute la partie qui fait saillie au-dessus des lames du forci-presseur. Le reste des tumeurs hémorroïdaires est excisé de la même façon par une seconde application de cet instrument. Ce qui constitue l'avantage de ce procédé, c'est qu'on arrive ainsi à réduire la plaie opératoire à une cicatrice linéaire qui disparaît bientôt elle-même sans laisser de traces et sans déterminer de rétraction des parties.

Les hémorroïdes externes turgescents ne réclament qu'un traitement hygiénique, des soins de propreté, quelques applications de glycérolé de tannin ou de pommade au calomel, etc. Mais si elles viennent à s'enflammer, la douleur est excessive et les émollients, le froid, les narcotiques sont incapables d'enrayer les phénomènes inflammatoires et même de calmer les souffrances horribles des malades. C'est pourquoi tout le monde est d'avis actuellement qu'il faut recourir sans retard au traitement chirurgical. Trois méthodes ont été préconisées : la cautérisation, l'excision et l'incision.

La *cautérisation* a été longtemps considérée comme la méthode de choix.

Hippocrate se servait du cautère actuel et son exemple a été suivi pendant de longues années. On a également fait usage de caustiques potentiels, tels que le chlorure de zinc et le caustique de Filhos, qui constituaient la base des pinces caustiques de Vallette et des pinces caustiques d'Amussat.

L'*excision* qui consiste à saisir la tumeur hémorroïdaire enflammée avec des pinces et à l'enlever d'un coup de ciseaux, donne, d'après Daniel Mollière (1), un soulagement immédiat et une prompte guérison. L'excision ne doit être que partielle s'il existe un grand nombre d'hémorroïdes ou s'il y a un gros bourrelet hémorroïdal, car on s'exposerait autrement à la formation d'un rétrécissement de l'anus.

(1) Daniel Mollière. *Traité des maladies du rectum et de l'anus*. Paris, 1877, p. 402.

Elle donne quelquefois lieu à des hémorrhagies artérielles qui nécessitent l'application d'une à deux ligatures sur les artérioles développées au sein de la tumeur ; les veines intéressées saignent peu. La méthode serait donc excellente si elle n'était horriblement douloureuse et pouvait se pratiquer sans le secours du chloroforme.

Cette objection capitale a fait préférer l'*incision* par un grand nombre d'auteurs. Lorsqu'elle est pratiquée convenablement, elle n'entraîne aucun danger, d'après Allingham (1). Il recommande de saisir doucement la tumeur entre l'index et le pouce de la main gauche, d'en traverser la base avec un bistouri courbe et d'en sectionner une moitié : au même moment la pression de l'index et du pouce peut chasser le caillot. On place une mèche de coton fin au fond du sac, et l'opération est terminée. Pour permettre plus facilement la rétraction de la peau, on doit faire l'incision dans la direction des plis radiés de l'anüs.

Personne n'emploie plus actuellement les pincés caustiques, qui représentent un procédé pénible et compliqué ; l'excision a contre elle la nécessité du sommeil chloroformique et l'incision simple expose à l'hémorrhagie. Quelque chimérique que puisse paraître cette crainte à quelques auteurs, habitués aux opérations de ce genre, elle suffira cependant plus d'une fois à empêcher de suivre leur exemple et à donner la préférence aux procédés hémostatiques. Parmi ces derniers, le fer rouge ne saurait être comparé, pour la précision et la commodité, au thermo et au galvano-cautère. C'est à celui-ci que je donne la préférence.

Les petites hémorrhoides fluentes, bien isolées les unes des autres, sont traitées avec avantage par la *transfixion multiple à l'aide des flèches aiguës du galvano-cautère*. Pour ce faire, chaque hémorroïde est saisie avec une pince à griffes et perforée à sa base de 2, 4, 6 flèches galvaniques, suivant son volume ; chaque flèche doit traverser de part en part l'hémorroïde, parallèlement au tissu cutané ou cutanéomucueux sur lequel la tumeur est implantée. Cette petite opération est très peu douloureuse à cause du faible rayonnement

(1) *Loc. cit.*

du galvano-cautère ; une irrigation d'eau froide plus ou moins prolongée suivant la sensibilité de la malade, calme les quelques douleurs qui auraient pu survenir.

Lorsqu'il existe un gros bourrelet hémorroïdal formant un cercle complet ou presque complet autour de l'anus, le procédé précédent est remplacé par la *cautérisation en surface* avec le cautère à boule de porcelaine. Celui-ci, porté au rouge sombre par les accumulateurs, est appliqué successivement sur plusieurs points de la tumeur et laissé quelques minutes en place, de façon à éviter toute hémorrhagie. Bien qu'il n'y ait pas à craindre, avec le galvano-cautère, de rétraction consécutive, il est inutile de cautériser toute la surface du bourrelet hémorroïdal et on peut sans inconvénients laisser quelques intervalles entre chaque point de cautérisation ; les parties non touchées ne s'atrophieront pas moins après la destruction des parties voisines.

Dans les deux cas je place, sur la région anale, un petit paquet d'ouate imbibée de solution picriquée maintenu par un bandage en T. Jamais je n'ai observé d'hémorrhagie secondaire à la chute des eschares.

Il faut, bien entendu, recourir au traitement médical après l'opération, s'adresser à la cause des hémorroïdes, etc., si l'on veut éviter la récurrence de cette pénible infirmité.

OBSERVATION I.

Marisques consécutives à des hémorroïdes de la grossesse. — Vaginite. — Excoriations des marisques. — Excision avec la serpette du galvano-cautère. — Guérison.

Gabrielle A..., 22 ans, entre dans mon service de Saint-Lazare pour une vaginite. Lors de mon premier examen, elle attire mon attention sur trois petites marisques excoriées qui la gênent beaucoup pendant la marche et dont elle voudrait être débarrassée. Ces petites tumeurs sont survenues à la suite d'une grossesse qui s'est terminée, il y a un an, par un accouchement à terme ; dans les six derniers mois de la grossesse elles étaient turgescentes et ce n'est qu'après la délivrance qu'elles se sont desséchées et ont pris l'apparence actuelle.

A un centimètre environ de l'orifice anal, je trouve en effet trois petites tumeurs, grosses comme des pois, cutanées, suscep-

tibles d'être allongées par la traction, exulcérées par les sécrétions vaginales et le frottement de la marche.

La malade réclamant l'opération, celle-ci fut faite de la façon suivante :

Je saisis l'une après l'autre les marisques avec une pince à griffes et je les excise, à leur base, d'un coup de serpette du galvano-cautère portée au rouge sombre par les accumulateurs.

Cela est fait avec la plus grande facilité, sans autre douleur qu'une légère sensation de brûlure qui est immédiatement calmée par une irrigation froide. — Pansement avec de l'ouate imbibée d'acide picrique.

Six jours après trois petites eschares tombent sans hémorrhagie. Les petites plaies se cicatrisent, en quelques jours, sans laisser de cicatrice appréciable.

Pendant ce temps, la vaginite avait été traitée par des bains de siège, et des injections émollientes, puis par des injections astringentes, des tampons tanniques, enfin par des badigeonnages de teinture d'iode, et la malade partit bientôt complètement guérie.

OBSERVATION II.

Gros bourrelet hémorroïdal externe en rapport avec une congestion chronique de l'utérus. — Cautérisation avec le galvano-cautère à boule de porcelaine. — Guérison.

Marie H..., 28 ans, entre dans mon service pour de la vaginite des culs-de-sac. Elle présente les signes et les symptômes d'une congestion chronique de l'utérus. A la suite de constipation opiniâtre elle a vu survenir des hémorroïdes qui se présentent sous la forme d'un gros bourrelet turgescant, faisant le tour de l'orifice anal, ce qui rend la marche très pénible et la défécation extrêmement douloureuse. Par suite, la malade redoute les efforts pour aller à la selle, reste quelquefois trois jours sans vider le rectum, d'où congestion de tous les organes du petit bassin.

Il fallait donc guérir avant tout les hémorroïdes ; mais ici, la transfexion aurait été longue et pénible ; aussi je préférerai appliquer, en quatre points différents, en laissant entre chaque un petit intervalle, le galvano-cautère à boule de porcelaine.

L'opération est pratiquée, sans hémorrhagie, en dix minutes. Irrigation froide. — Pansement picriqué.

Huit jours après, au moment de la chute des eschares, je constate que les parties non cautérisées se sont atrophiées et que le

bourrelet hémorroïdal tout entier a été détruit. La guérison est complète en quinze jours.

A partir de ce moment la constipation est combattue efficacement.

Scarifications du col et pansements glycélinés.

La congestion utérine disparaît rapidement et la malade sort guérie, un mois après son entrée dans le service.

OBSERVATION III.

Hémorroïde externe turgescence en rapport avec une adhérence du col de l'utérus dans le cul-de-sac postérieur. — Destruction de l'hémorroïde par transfexion galvanique. — Guérison de l'hémorroïde. — Traitement de la déviation utérine.

Joséphine C..., 24 ans, entre dans mon service pour une ulcération du col.

A la suite d'une endométrite cervicale traitée par le crayon de nitrate d'argent, elle a eu un phlegmon rétro-utérin qui s'est terminé par des adhérences du col dans le cul-de-sac postérieur.

Elle est actuellement atteinte d'endométrite cervicale avec ectropion récent de la lèvre postérieure. Dans le cul-de-sac de Douglas, on sent des brides courtes et très résistantes, qui immobilisent le col dans une direction vicieuse. Par le toucher rectal, on sent, outre l'absence d'hémorroïdes internes, la réduction de la lumière rectale par le col utérin dévié.

La malade porte en même temps une grosse hémorroïde externe turgescence, tendue, très douloureuse.

Considérant qu'il faudra un certain temps pour détruire et allonger les adhérences, la malade étant en pleine crise d'hémorroïde et réclamant un soulagement, je consens à traiter d'abord cette dernière affection, me réservant d'empêcher la récurrence par le traitement de la déviation utérine.

Joséphine C... se met sur le lit d'examen, les cuisses fortement repliées sur le bassin et maintenues par des aides. Je saisis la tumeur hémorroïdaire avec les pinces américaines et j'enfonçai à sa base, 8 flèches galvaniques portées au rouge sombre par les accumulateurs, les laissant en place, chaque fois, un temps suffisant pour éviter l'hémorrhagie. Ce résultat est obtenu en une minute 1/2.

Irrigation froide. Pansement picriqué.

Les suites furent simples et sans accidents.

Les adhérences du col ont pu être allongées peu à peu, la

constipation a été évitée par un traitement médical approprié ; la malade est sortie guérie deux mois après.

Elle est revenue l'année suivante pour une nouvelle évolution morbide de la muqueuse du canal cervical sous forme d'ectropion de la lèvre antérieure et j'ai pu constater la mobilité de l'utérus et l'absence de récurrence des hémorroïdes.

b. Hémorroïdes internes.

On doit opérer les hémorroïdes internes lorsqu'elles donnent lieu à des hémorragies inquiétantes, lorsqu'elles sont procidentes et ne peuvent être réduites par un taxis méthodique, enfin lorsqu'elles sont étranglées et que la dilatation forcée de l'anus, suivant la méthode imaginée par M. Fontan (de Lyon) en 1875 et par M. Verneuil, peu de temps après, ne peut suffire à empêcher le retour des accidents.

La discussion de la dilatation forcée de l'anus ne peut trouver place ici, et je dois immédiatement rappeler les divers procédés de destruction des hémorroïdes internes, c'est-à-dire l'excision, l'écrasement linéaire, la ligature et la cautérisation.

L'excision est la méthode la plus simple et la plus expéditive ; elle consiste à attirer au dehors la tumeur hémorroïdale, saisie avec des pinces à griffes, et à sectionner sa base avec le bistouri ou les ciseaux. Malheureusement, elle expose à l'hémorragie et à l'infection purulente et la mort en a été trop souvent la conséquence pour qu'on puisse la recommander.

L'écrasement linéaire, préconisé par Chassaignac et très favorablement accueilli à ses débuts, ne jouit plus de la même faveur auprès des chirurgiens ; il ne met pas à l'abri de la pyohémie et de l'hémorragie secondaire ; il entraîne souvent un rétrécissement de l'anus lorsqu'on fait l'ablation totale des hémorroïdes. Aussi, ceux qui l'emploient encore aujourd'hui ne font-ils plus que l'écrasement linéaire partiel et latéral, et, malgré tout, la sécurité est loin d'être absolue aussi bien du côté de l'hémorragie secondaire que du côté de l'infection purulente.

Deux grandes méthodes restent en présence et se parla-

gent la faveur des chirurgiens, je veux parler de la ligature et de la cautérisation.

La *ligature*, d'après le procédé imaginé par Salmon et appliqué par Allingham à l'hôpital Saint-Marc, serait, dit-on, le mode opératoire de beaucoup le meilleur et le plus généralement applicable. Les hémorroïdes sont saisies par l'opérateur, l'une après l'autre, avec une pince ou un crochet double, puis attirées en bas; alors, avec une paire de forts ciseaux bien tranchants, on détache l'hémorroïde des tissus musculaires et sous-muqueux sur lesquels elle repose et on prolonge l'incision sur la hauteur de l'intestin et parallèlement à lui dans une étendue telle que l'hémorroïde ne tienne plus que par un pont de vaisseaux et de membrane muqueuse. Les vaisseaux ne pénétrant dans l'hémorroïde qu'à sa partie supérieure, cette incision se ferait sans danger. On place dans l'entaille profonde ainsi faite une ligature de soie forte et bien cirée et on la serre avec force pendant que l'aide attire en bas l'hémorroïde. Quand toutes les hémorroïdes sont ainsi liées, on les repousse complètement au-dessus du sphincter, on excise les marisques et, après avoir administré un lavement opiacé, on place, sur l'anus, un gâteau d'ouate maintenu par un bandage en T. On constipe le malade pendant quatre jours et on exige de lui un repos au lit d'une quinzaine de jours, temps nécessaire à la cicatrisation des plaies du rectum. Les ligatures tombent vers la fin de la première semaine, sans accidents.

Ce procédé, peu expérimenté en France jusqu'ici, n'a pas subi, chez nous, l'épreuve du temps, ce qui n'empêche pas de reconnaître que les résultats obtenus par Allingham sont des plus encourageants.

Parmi les méthodes de cautérisation, je ne ferai que mentionner l'emploi des pinces caustiques de Vallette et d'Amussat absolument abandonnées aujourd'hui, la *cautérisation totale et destructive*, au moyen du fer rouge (procédé de Boyer) qui est une opération brutale, amenant forcément un rétrécissement fibreux incurable et la *cautérisation superficielle*, par le fer rouge, des bourrelets hémorroïdaux (procédé de Demarquay), qui est très douloureux et produit souvent des délabrements considérables, à l'insu de l'opérateur.

Je ne ferai de même que citer pour mémoire les *pincés-cautères-écrasantes* de Guersant et de M. Richet, qui sont remplacées avec avantage par les clamps perfectionnés de R. Lee et de Smith.

Voici comment on utilise ces derniers :

La malade étant soumise au chloroforme, on attire au dehors la tumeur hémorroïdale en se servant, de préférence, d'une pince dont les mors ont la forme d'anneaux creusés circulairement d'une rainure dont les bords sont mousses et permettent de saisir et de tirailler l'hémorroïde sans la déchirer. Cette pince, connue en Angleterre sous le nom de *Ring hæmorrhoidal forceps*, est bien préférable aux ténaculums, aux petites pinces de Museux, etc., qui perforent et déchirent les tissus.

Par de légères tractions, on pédiculise la tumeur que l'on saisit avec le clamp de Smith, sorte de pinces fermées à l'aide d'une vis ou d'un cran d'arrêt et munies de plaques d'ivoire destinées à protéger les tissus voisins contre l'action du calorique.

On pratique alors l'excision de la tumeur, à une certaine distance au-dessus du clamp et on cautérise le pédicule avec le fer rouge. Lorsque cette cautérisation est terminée, on desserre le clamp, et, s'il n'y a pas d'hémorrhagie, on fait une irrigation froide, on huile les parties et on les réduit dans le rectum. La même opération est pratiquée successivement sur toutes les hémorroïdes qu'on veut détruire.

Ce procédé, justement vanté par les chirurgiens anglais et par Allingham lui-même, peut, ce me semble, être simplifié. Grâce à la substitution du galvano-cautère au fer rouge, qui réduit au minimum le rayonnement du calorique, il devient inutile de se servir des larges clamps spéciaux ; c'est pourquoi je me contente de la pince à pression parallèle de Collin, qui me sert également pour certaines tumeurs de la vulve, et que j'ai modifiée de la façon suivante :

1° Les branches de l'appareil sont recouvertes de deux lames isolantes d'ivoire qui protègent les parties contre le rayonnement du calorique.

2° Les manches sont coudés à partir du tenon, ce qui permet de placer facilement à plat pour pédiculiser la tumeur.

Enfin, il est évident que l'opération se pratique avec une précision bien plus grande et que les lésions des tissus voisins sont bien plus sûrement évitées, si on dessèche le pédicule avec une des petites flèches du galvano-cautère.

La galvano-caustie thermique a du reste été employée de trois autres façons qu'il est bon de connaître et qui peuvent rendre des services dans des cas où l'application du clamp serait difficile.

L'un de ces procédés, rarement utilisés, consiste à se servir de l'anse galvanique, comme Bottini (de Novare) (1), et Bœckel (2) l'ont fait avec succès dans quelques cas. Il n'est facilement applicable que dans les hémorroïdes plus ou moins pédiculisées.

Le second procédé, mentionné par M. Onimus, est décrit dans la thèse de M. E. Lartisen (3), faite sous l'inspiration de M. Verneuil, sous le nom de *cautérisation interstitielle*. La pointe d'un cautère galvanique est appliquée sur la tumeur, introduite lentement à une profondeur de 1 cent. à 1 cent. 1/2 et, lorsqu'elle est bien au centre de l'hémorroïde, on fait décrire au cautère des mouvements de circumduction, on le laisse en place quelques secondes et enfin on le retire. La même manœuvre est répétée pour les autres tumeurs. Lorsque le bourrelet hémorroïdal est diffus et mal limité, on enfonce les flèches ignées obliquement dans les tissus, parallèlement aux parois rectales pour ne pas les perforer.

D'après ceux qui ont pratiqué les cautérisations interstitielles galvaniques, elles ont pour avantage d'être peu douloureuses, ce qui rend l'anesthésie inutile dans beaucoup de cas, de mettre sûrement à l'abri de l'hémorrhagie primitive et de ne pas exposer aux rétrécissements de l'orifice anal. On sait en effet que la galvano-caustie a la propriété de donner lieu à des cicatrices qui ne sont pas rétractiles et ce point a été longuement exposé dans le second chapitre de cet ouvrage.

(1) Bottini. La Galvano-caustica nella pratica chirurgica. Novare 1873.

(2) Bœckel, *loc cit.*, p. 109.

(3) Lartisen, th. de Paris, 1873.

J'ai souvent employé un procédé un peu différent du précédent, je veux parler de la *transfixion à l'aide de flèches multiples* après abaissement de la tumeur à l'orifice anal, absolument comme je le fais pour les hémorroïdes externes turgescents. Les avantages sont, du reste, les mêmes que dans la cautérisation interstitielle.

En somme, la cautérisation et l'excision par la galvano-caustie combinée avec le clamp ou la pince à pression parallèle modifiée, la section du pédicule (s'il en existe un) avec l'anse galvanique, la cautérisation interstitielle et la transfixion par des flèches galvaniques multiples sont également recommandables et peuvent présenter des avantages particuliers suivant les cas. Ce qui doit engager à préférer la galvano-caustie thermique c'est l'absence de douleur, la certitude de n'avoir pas d'hémorrhagie et d'être à l'abri des rétrécissements consécutifs de l'orifice anal, enfin la possibilité de faire une opération fine, propre et sûre, aussi précise que le sont peu les autres méthodes de cautérisation.

OBSERVATION IV.

Hémorroïdes internes procidentes en rapport avec une régression incomplète de l'utérus à la suite de l'accouchement. — Destruction avec la pince à forcipressure parallèle à la galvano-caustique thermique. — Guérison.

Claudine S..., 25 ans, entre dans mon service pour un catarrhe utérin.

Accouchement à terme, il y a 1 an, repos de quelques jours seulement. Depuis ce temps, douleurs dans le ventre, dans les reins, sensations de pesanteur au fondement, constipation, hémorroïdes qui ont grossi rapidement, sont devenues procidentes à la suite du moindre effort. Depuis deux mois, elles sont continuellement dehors et la malade ne peut les réduire, ce qui rend la marche très pénible.

Examen : Arrêt d'involution de l'utérus, qui mesure 9 centimètres.

A l'orifice anal, on trouve deux hémorroïdes turgescents, grosses comme des noisettes et irréductibles.

Lavement purgatif.

Le lendemain on essaie de nouveau le taxis sans résultat. En conséquence, je propose à la malade de l'opérer de suite. Elle accepte avec reconnaissance.

Après l'avoir placée dans la position de la taille, j'introduis deux doigts dans le rectum et je fais une dilatation légère. Il existe deux hémorroïdes grosses comme des noisettes, implantées à 2 centimètres au-dessus de l'anus, situées l'une en avant, l'autre en arrière.

Je parviens sans difficulté à saisir cette dernière, légèrement mobilisée au préalable avec une pince à anneaux, entre les branches parallèles de la pince de Collin modifiée par moi. Je serre au premier cran et j'attends que la douleur du pincement brusque soit passée. J'engage alors la flèche aiguë du galvano-cautère rougie par les accumulateurs entre les branches du forcipresseur et, en deux coups, je sectionne toute la tumeur. J'attends une minute, j'enlève prudemment le forcipresseur. Il n'y a pas d'hémorrhagie.

La même manœuvre est répétée pour l'hémorroïde antérieure sans aucune difficulté.

Irrigation froide. — Les pédicules sont rentrés dans le rectum.

Mèche iodoformée.

Suites simples et normales. On traite la régression incomplète de l'utérus par les irrigations chaudes, les lavages intra-utérins, les scarifications et les pansements glycélinés.

Deux mois après, la malade peut quitter le service très améliorée et guérie de ses hémorroïdes.

OBSERVATION V.

Hémorroïdes internes étranglées en rapport avec une rétroflexion utérine. — Transfusion galvanique. — Guérison.

Caroline S... entre en hospitalité dans mon service pour une hémorroïde étranglée.

L'hémorroïde serait survenue, au dire de la malade, quelque temps après un effort où il lui a semblé que « quelque chose se décrochait dans le ventre ». Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle a actuellement une rétroflexion de l'utérus sans adhérences, réductible complètement par la position genu-pectorale. Cette rétroflexion peut être l'origine de l'hémorroïde. Celle-ci se présente sous la forme d'une tumeur grosse comme une noix, ten-

due et violacée, irréductible à travers l'anüs contracturé. La malade a des envies continuelles d'aller à la garde-robe, mais malgré ses efforts, elle n'a rien rendu depuis deux jours.

Lavement purgatif.

Le lendemain, je décide la malade à l'opération. Celle-ci consiste dans l'introduction, perpendiculairement dans la tumeur hémorroïdaire, de dix flèches galvaniques portées au rouge sombre par les accumulateurs.

L'opération est peu douloureuse. Pas d'hémorrhagie.

Irrigation froide. Pansement à l'ouate imbibée d'une solution aqueuse saturée d'acide picrique.

Bains tièdes et pilules d'extrait thébaïque pendant 3 jours, puis laxatifs légers.

Au neuvième jour l'hémorroïde a disparu complètement. Il reste une petite plaie bourgeonnante qu'on panse avec de la poudre d'iodoforme. Huit jours après, la guérison était complète.

Le traitement de la rétroflexion a consisté dans la réduction par la position genu-pectorale et le maintien de cette réduction à l'aide d'un bilboquet indiqué ici par la coexistence d'un léger degré de procidence avec la rétroflexion.

Un mois après l'entrée, la malade est mise en liberté.

II. Absès de la région anale.

Les absès de la région anale doivent préoccuper le gynécologiste parce qu'il est souvent appelé à les voir dès le début, contrairement à ce qui arrive au chirurgien ordinaire, et parce que de son intervention dépend, dans bien des cas, la santé de la malade qui serait exposée, sans cela, à tous les inconvénients de la fistule à l'anüs.

On a l'habitude de diviser, depuis Chassaignac, les absès qui nous occupent en absès sous-tégumentaires et absès profonds et, dans ces deux classes, on fait plusieurs subdivisions; c'est ainsi que, parmi les absès du premier groupe, on distingue les absès tubéreux, les absès phlegmoneux et les absès phlébitiques circonscrits.

Les *absès tubéreux*, inflammation des glandes de la peau du pourtour de l'anüs, sont considérés, à tort, par les auteurs

classiques, comme assez rares chez la femme. J'ai souvent eu l'occasion de les observer, dans mon service de Saint-Lazare ; ils se développent ordinairement sous l'influence des sécrétions leucorrhéiques ou gonorrhéiques des organes génitaux, chez les malades qui négligent les soins de propreté ou chez celles qui, par suite de la diathèse lymphatique ou scrofuleuse, ont des sécrétions particulièrement irritantes. Plus rarement ils viennent par poussées au moment des règles, et réapparaissent parfois à chaque époque menstruelle. Une incision simple, trois ou quatre jours après leur apparition, alors que le pus commence à se collecter, et l'application d'un gâteau d'ouate imbibée d'acide picrique en solution saturée suffisent à assurer la guérison.

Les *abcès phlegmoneux* qui siègent immédiatement sous la peau, reconnaissent la même étiologie ou succèdent à des opérations de la région anale. Comme ils se transforment facilement en fistules, je crois, avec la plupart des auteurs, qu'on doit les débrider d'une façon hâtive et voici qu'elle est ma pratique.

Si je puis intervenir au début même de la suppuration, je me contente de ponctionner l'abcès avec la flèche du galvano-cautère traversant complètement la partie phlegmoneuse, ce qui est d'autant plus rationnel qu'on fait ainsi un débridement complet sans crainte d'hémorrhagie. Les pansements se font à l'acide picrique, comme dans le cas précédent.

Mais si le pus est déjà bien collecté, si la peau est amincie, je pense qu'une simple ponction serait insuffisante ; j'incise alors largement, avec le galvano-cautère, en suivant la direction des plis radiés de l'anūs, et en prenant bien soin de respecter les sphincters. Le pansement consiste à introduire, deux fois par jour, des petites mèches picriquées ou iodoformées dans la cavité de l'abcès.

Une dernière variété d'abcès sous-tégumentaires est représentée par les *abcès phlébitiques circonscrits* caractérisés par l'inflammation suppurée d'une ampoule hémorroïdaire qui s'est séparée, par oblitération, du réseau veineux voisin. Si on n'intervient pas rapidement, cet abcès s'ouvre du côté de la muqueuse rectale et constitue une fistule borgne interne. Aussi faut-il l'inciser largement, au galvano-cautère de pré-

férence, dès qu'on a constaté l'existence de cette petite tumeur.

Les *abcès profonds* siègent ordinairement au-dessous du muscle releveur de l'anus, dans la fosse ischio-rectale (*abcès de la fosse ischio-rectale*) ; plus rarement ils prennent naissance au-dessus du même muscle, dans l'espace pelvi-rectal supérieur (*abcès de l'espace pelvi-rectal supérieur*). Dans les deux cas, à moins qu'il ne s'agisse de traumatismes du rectum ou de la région anale, ces abcès ont pour point de départ des phlébites d'hémorroïdes internes situées à un point plus ou moins élevé. On peut affirmer qu'ils sont toujours suivis de fistules si on n'intervient pas largement, car l'extrême mobilité des parois de ces abcès les empêche de se recoller et de se cicatriser. Mais que doit-on comprendre par ces mots : intervenir largement ?

Faget voulait que, si le rectum était dénudé, on incisât sans retard la paroi rectale dans toute l'étendue de l'abcès ; mais en agissant ainsi, on s'expose à l'incontinence permanente des matières fécales. D'un autre côté, quelques auteurs, et en particulier M. Laroyenne, ont observé que la guérison peut être obtenue sans toucher à l'orifice interne de l'abcès dans le rectum et que, dans ces conditions, la cicatrisation peut cependant être complète si l'abcès se vide bien et si le rectum n'est pas encombré de matières fécales.

J'ai pu arriver au même résultat en faisant, avec le galvano-cautère, une large incision respectant les sphincters et disposée en forme de cône à base externe ; on transforme ainsi des cavités superposées et se vidant difficilement du pus qu'elles contiennent en une plaie unique, plaie exposée dont les parois ont été profondément modifiées par le galvano-cautère et peuvent être atteintes sur tous les points par les topiques antiseptiques.

Lorsque l'abcès est ancien et donne lieu à des fistules cutanées multiples, entourées de tissu induré sur une large surface, l'excision galvanique donne de bons résultats, comme je l'indique dans l'article suivant, consacré aux fistules à l'anus.

OBSERVATION VI.

Abcès phlegmoneux de la marge de l'anus. — Large incision galvano-caustique. — Guérison.

Renée J..., 25 ans, entre dans le service pour une métrite purulente. A l'époque de ses dernières règles, il y a huit jours, elle a souffert d'une vive douleur lancinante au pourtour de l'anus. L'interne, qui la voit le jour même, reconnaît un abcès phlegmoneux de la marge de l'anus, situé à la partie postérieure de l'orifice anal et donnant lieu à une tuméfaction grosse comme une noix, facile à reconnaître en pressant la région entre le pouce placé sur la partie sensible et rouge et l'index introduit dans le rectum. Il propose à la malade l'incision hâtive avec le bistouri, mais elle refuse par pusillanimité. — Cataplasmes en permanence sur la région douloureuse.

Je vois Renée J... le lendemain et reconnais l'abcès nettement fluctuant avec amincissement de la peau. Sans tarder davantage, j'introduis le doigt indicateur gauche dans le rectum, le recourbant en crochet pour faire saillir davantage l'abcès et je plonge au milieu de la collection purulente la flèche aiguë du galvano-cautère rougie par les accumulateurs. Je débride largement dans la direction des plis radiés sans toucher au rectum, qui est du reste indemne. La malade éprouve un soulagement immédiat. Une petite mèche picriquée est placée au fond de l'incision qui pénètre à 3 centimètres d'étendue.

Suites régulières, pas d'hémorrhagie secondaire. L'abcès se vide facilement et les lèvres de la plaie se mettent à bourgeonner. La guérison est obtenue en dix jours.

Le traitement de l'endométrite purulente exige le séjour de la malade pendant deux mois dans le service. On peut constater, au moment du départ, que toute crainte de fistule peut être écartée définitivement.

Renée J... a été revue à plusieurs reprises et j'ai pu vérifier l'exactitude du pronostic précédent. L'ayant examinée chaque fois, je n'ai jamais trouvé de trajet fistuleux.

OBSERVATION VII.

Abcès de la fosse ischio-rectale ouvert dans le rectum. — Large débridement au galvano-cautère sans toucher à l'orifice rectal. — Guérison.

Elisa M..., 35 ans, entre dans le service pour une endométrite

hémorrhagique. Ce qui nous frappa, au premier examen, c'est l'existence d'une tumeur rouge, dure, chaude au toucher et très douloureuse au moindre contact, faisant masse avec la fesse et s'étendant de l'ischion du côté droit au rectum.

L'exploration rectale est impossible, mais la malade m'apprend qu'elle perd du pus avec les matières fécales depuis quinze jours. Elle aurait eu auparavant des hémorroïdes internes.

Le diagnostic d'abcès de la fosse ischio-rectale s'imposait. Quelle conduite devait être tenue ? La perforation du rectum devait être assez élevée et celui-ci dénudé sur une assez large surface. Je ne voulus pas me servir de l'anse galvanique de peur d'entraîner une incontinence des matières fécales et je me décidai à débrider largement du côté de la peau.

L'opération fut pratiquée le lendemain avec la flèche aiguë du galvano-cautère. En pleine tumeur, je fis une ponction qui pénétra à 5 centimètres de profondeur. J'agrandis alors l'ouverture en avant et en arrière, dans la direction des plis radiés sans toucher à la musculature du rectum qui était dénudé dans une étendue de 4 centimètres. Tous les tissus indurés furent incisés avec le scarificateur galvanique, mais je respectai l'orifice de l'abcès dans le rectum. Mèche picriquée. Bain de siège.

La cicatrisation demanda un mois pour être complète. Pendant ce temps la malade prenait chaque jour un lavement glycériné.

Au bout d'un mois la malade était guérie de son abcès ; il n'y avait plus expulsion de pus par le rectum, ce qui faisait supposer l'oblitération de l'orifice rectal ; la région était redevenue souple comme à l'état normal.

Il y a tout lieu de croire que la guérison s'est maintenue, mais je dois avouer que je n'ai pas revu la malade qui, m'a-t-on dit, a quitté Paris aussitôt après sa sortie du service.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 7 juin 1892

DE L'ABLATION TOTALE DE L'UTÉRUS POUR LES GRANDES TUMEURS
FIBREUSES ET FIBRO-CYSTIQUES DE CET ORGANE.

M. PÉAN. — J'ai constamment poursuivi la recherche des moyens les plus propres à rendre l'ablation des ces tumeurs facile et peu dangeureuse. Lorsque le volume de la masse morbide dépasse celle d'une tête de fœtus à terme, le chirurgien recourt habituellement à la voie abdominale. En effet, nous avons démontré qu'on peut enlever ces grandes tumeurs avec des chances sérieuses de succès en les mettant à découvert par une incision médiane faite à la paroi abdominale, en les attirant au dehors après avoir détaché leurs adhérences et les avoir morcelées si cela est utile, en les liant aussi bas que possible et en les réséquant au-dessous du lien. Si la tumeur est sous-péritonéale et pédiculée, l'opération (myomectomie) n'offre pas plus de danger que s'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire ou des ligaments larges. Si, au contraire, la tumeur est interstitielle, il faut placer le lien sur le corps de l'utérus et les annexes et les enlever. La méthode extra-péritonéale est préférable, mais elle n'est pas toujours applicable dans les cas où le moignon est large et très court. Après avoir rappelé le procédé qu'il a décrit en 1873, et qui a bien souvent été employé depuis, M. Péan décrit le procédé simplifié qu'il emploie actuellement.

« Après avoir ouvert l'abdomen, nous attirons la tumeur au dehors, suivant notre coutume, à l'aide d'un trocart long et courbe de notre modèle. Nous plaçons ensuite un lien en caoutchouc au-dessous d'elle, le plus près possible du col. Nous fixons ce lien avec nos pinces à mors longuets et nous réséquons toute la portion sus-jacente de la tumeur à quelques centimètres au-dessus de lui. S'il y a plusieurs lobes, nous les enlevons après

avoir successivement appliqué des liens de caoutchouc le plus bas possible.

Lorsqu'il ne reste plus que le col et la partie inférieure du corps de l'utérus, nous avons soin, quand cela est nécessaire, de dégager la vessie et le rectum et de pincer ou de lier les petits vaisseaux qui leur appartiennent.

Nous plaçons ensuite, soit au-dessus, soit au-dessous du lien de caoutchouc, suivant les cas, un fil métallique que nous serons et tordons à l'aide d'un ligateur de notre modèle. Grâce à ce ligateur, le lien métallique se rompt, après quelques tours de torsion, juste à un centimètre en dehors de l'utérus. Nous réséquons alors le moignon aussi près que possible du lien métallique, en ayant soin d'évider la muqueuse, afin de diminuer le plus possible son volume, sans exposer cependant ce lien à l'abandonner par glissement ; puis nous réduisons le moignon et nous fermons par suture la plaie abdominale.

Il ne nous reste plus alors qu'à enlever le col de l'utérus, le moignon et le lien métallique. Cette extirpation se fait aisément par la voie vaginale, en suivant les règles que nous avons depuis longtemps posées pour l'ablation des petites tumeurs utérines, c'est-à-dire en ayant recours au pincement des ligaments larges et au morcellement.

En raison des résultats que nous avons obtenus de cette nouvelle méthode d'ablation totale de l'utérus depuis quelques années, nous en sommes arrivé à poser les conclusions suivantes :

1° Toutes les fois qu'il est indiqué d'enlever une grande tumeur fibreuse ou fibro-cystique interstitielle du corps de l'utérus, il convient de recourir à notre méthode d'ablation totale de cet organe par la voie abdominale et par la voie vaginale combinées ;

2° Cette méthode permet d'enlever plus rapidement l'utérus malade et ses annexes que les méthodes intra et extra-péritonéales ;

3° Elle agrandit le domaine de la chirurgie en augmentant le nombre des guérisons. *(Journal d'accouchements.)*

Séance du 28 juin 1892.

SYMPHYSEOTOMIE.

M. TARNIER présente une malade chez laquelle il a pratiqué

avec succès la symphyséotomie. Cette femme, rachitique, était parvenue à la fin du huitième mois de sa cinquième grossesse. Les quatre précédentes grossesses avaient été terminées par une basiotripsie. M. Tarnier constata que le bassin n'offrait au passage du fœtus qu'une largeur de 7 c. 1/2.

Il provoqua l'accouchement prématuré ; quand la dilatation fut complète, la tête fœtale n'ayant aucune tendance à s'engager, il fit la symphyséotomie sans instrument spécial. La section de la symphyse fut pratiquée de bas en haut à l'aide du bistouri boutonné dont le bouton était dirigé par le doigt introduit dans le vagin.

La symphyse fut écartée de 57 millimètres sans que la tête s'engageât. L'enfant fut alors facilement extrait par le forceps.

La guérison était complète au bout de quinze jours. L'enfant est bien portant.

(*La France méd.*)

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Paris, 1^{er} à 7 Juin 1892

PATHOGÉNIE DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Pour MM. COMBEMALE et CRIÉ : 1° Les staphylocoques sont les agents de l'éclampsie post-puerpérale. D'autres auteurs ont trouvé d'autres micro-organismes, mais le staphylocoque doit être réservé aux cas où les attaques éclamptiques sont postérieures à l'accouchement, l'éclampsie devant être considérée comme une manifestation anormale de l'infection puerpérale ;

2° Les produits solubles des staphylocoques sont des substances éclamptisantes : sans apporter d'expériences personnelles à cet égard, on peut invoquer les recherches expérimentales ou cliniques récemment publiées sur les toxines produites par les staphylocoques ou contenues dans le sang des accouchées infectées.

(*Un. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 juin 1892

TRAITEMENT DES FISTULES RECTO-VAGINALES.

M. ROUTIER rapporte l'observation suivante. Une femme de 23
Revue des Maladies des Femmes. — JUILLET 1892. 27

ans, après un accouchement laborieux, fut atteinte d'une rupture du périnée que l'accoucheur reconstitua immédiatement en pratiquant la périnéorrhaphie. Le résultat fut assez satisfaisant, le périnée était résistant, bien étoffé ; mais la réunion manqua en haut, et il persista une fistule recto-vaginale donnant issue à des gaz et s'ouvrant dans le rectum au-dessus du sphincter et dans le vagin à un centimètre et demi au-dessus de la vulve. Sept mois après, l'accoucheur essaya sans succès l'avivement du trajet.

M. Routier fut alors appelé auprès de cette malade, et comme elle supportait mal le chloroforme, il résolut d'employer pour l'oblitération de cette fistule le procédé de M. Felizet, qui ne nécessite pas l'anesthésie. Cette méthode consiste, on se le rappelle : 1° à dédoubler par une section transversale le périnée au-devant de l'anus, jusqu'au trajet fistuleux ; 2° à introduire au travers la plaie une sonde cannelée dans le trajet anal de la fistule et à la faire ressortir par l'anus ; 3° à inciser toute la partie du rectum ainsi isolée, comme s'il s'agissait d'une fistule à l'anus. On laisse se cicatriser toutes les parties ainsi divisées, sans faire de sutures, comme dans la fistule anale ordinaire. Cette opération, pratiquée le 7 décembre 1891, ne fut pas suivie de succès, en ce sens que la fistule persista après la cicatrisation de la plaie. Le 1^{er} février dernier, M. Routier fit la cure de cette fistule, suivant un autre procédé : section du périnée, excision des bords de la fistule et périnéorrhaphie. Le résultat fut entièrement satisfaisant, malgré la formation d'une petite fistule ano-périnéale qui s'oblitéra spontanément. Le sphincter anal empêche la sortie involontaires des matières, mais est resté insuffisant contre les gaz. M. Routier dit que la section du périnée avec résection du trajet fistuleux, suivie de la périnéorrhaphie immédiate, est la méthode de choix : elle expose moins aux récidives et conserve un périnée beaucoup plus solide.

M. Pozzi. — Il résulte de cette observation que l'insuccès obtenu par la méthode ancienne, modifiée par M. Felizet, doit faire préférer la périnéorrhaphie immédiate avec avivement du trajet fistuleux. Le meilleur procédé consiste à dédoubler largement le périnée, mobiliser le rectum, de telle façon que les deux orifices oblitérés de la fistule ne se correspondent pas, et à faire ensuite la périnéorrhaphie. Ce procédé est applicable dans tous les cas.

M. TERRIER a pratiqué une opération nouvelle pour un cas un peu différent de la fistule recto-vaginale ordinaire. Il s'agit d'une femme présentant une collection purulente d'origine génitale dans le cul-de-sac recto-utérin, se vidant tantôt par le rectum, tantôt par le vagin, de telle sorte que les gaz passaient du rectum dans le vagin. Cette fistule, très haut située, était inopérable par les voies génitales externes. M. Terrier se fit un chemin par la voie sacrée ; après avoir successivement dénudé le rectum et le vagin, il ouvrit la collection purulente qu'il nettoya et reconnut au fond d'un infundibulum les deux orifices fistuleux. Il se contenta de suturer l'orifice rectal, pensant que l'autre s'oblitérerait spontanément. Il n'en fut pas tout à fait ainsi. En effet, les accidents inflammatoires disparurent, la poche se cicatrisa ; mais, au bout d'un mois, la communication s'établit de nouveau entre le rectum et le vagin. M. Terrier estime que le succès aurait été complet s'il avait oblitéré également l'orifice vaginal.

M. CHAMPIONNIÈRE ne partage pas l'optimisme général au sujet de la cure de ces fistules. L'opération définitive, celle qui doit guérir tous les malades, n'est pas encore trouvée ; cela tient à ce que tous les cas ne sont pas comparables. Certaines fistules recto-vaginales sont d'une ténacité absolue ; c'est ainsi qu'il a opéré trois fois le même malade sans aucun succès ; d'autres, au contraire, ont guéri facilement. La section du périnée est de peu d'importance, il reprend toujours : seule la fistule persiste plus ou moins oblitérée dans le même point, et c'est cette persistance qui est tout.

(Rev. gén de clin. et de thérap.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Séance du 3 mars 1892.

RUPTURE DE KYSTES OVARIQUES.

Après avoir rappelé les différents modes de rupture ou de perforation des kystes ovariens, M. Gross relate six observations de ce genre d'accidents.

I. Femme de 36 ans. Rupture d'un kyste probablement parovarique, sans symptômes qui l'accompagnent, suivi de guéri-

son. — II. Femme de 68 ans : kyste ovarique à accroissement rapide, ballonnement du ventre, légers phénomènes péritonéaux. Laparotomie : rupture dans le péritoine d'un kyste colloïde. — III. Femme de 37 ans. Kyste ovarique : état général mauvais. Ovariectomie : kyste ovarique mucoïde dont un lobe secondaire a sa paroi perforée par des végétations papillaires. Mort deux ans plus tard par carcinose vertébrale. — IV. Femme de 34 ans. Kyste ovarique : péritonite généralisée. Ovariectomie quatre jours après. Kyste mucoïde perforé par des végétations papillaires. Guérison. — V. Femme de 26 ans. Tumeur rétro-utérine ; douleurs abdominales. Après quelques jours de ténésme rectal, expulsion par le rectum d'une matière visqueuse claire pendant une dizaine de jours. M. Gross a conclu à l'ouverture dans le rectum d'un kyste ovarique intraligamentaire. — VI. Vieille femme porteur d'un kyste ovarique ancien qui se vida brusquement par le vagin. Opération refusée par la malade : mort par septicémie.

M. Gross conclut de ses observations que les risques de rupture de kystes ovariques et les accidents qui peuvent en résulter forment une indication de plus à ne pas différer l'ovariectomie lorsque le diagnostic du kyste ovarique est posé. Quand il y a rupture dans le péritoine, il y a indication d'opérer hâtivement, mais le pronostic de l'intervention est évidemment modifié et aggravé par les accidents péritonéaux concomitants. Dans les cas de rupture dans les cavités voisines (rectum, vagin), lorsque le kyste est de petite dimension, la guérison peut s'ensuivre, et se faire comme pour un abcès ; mais lorsqu'il s'agit d'un kyste volumineux, l'infection consécutive de la cavité kystique peut entraîner des accidents septicémiques mortels, l'indication d'opérer est encore posée.

M. Rohmer rapporte un cas où, après une ponction capillaire, il y eut un état de péritonisme dû à l'écoulement du liquide kystique dans le péritoine par l'orifice non refermé. Suture du kyste, lavage du péritoine : mort au bout de huit jours par péritonite septique.

M. Heydenreich relate un cas de rupture du kyste dans l'intestin pendant une fièvre typhoïde. Guérison spontanée du kyste.

(*Gaz. des Hôp. de Toulouse*).

REVUE DE LA PRESSE

DE LA MORT SUBITE CHEZ LES FEMMES EN COUCHES.

La grossesse, l'accouchement, les suites de couches, ne se font pas sans déterminer d'importantes modifications dans le fonctionnement des grands appareils physiologiques. Les troubles qui peuvent en résulter sont parfois assez considérables pour occasionner une mort subite.

M. le prof. Ehrendorfer (d'Innsbruck) a fait le relevé des causes auxquelles ont été rapportées les morts subites observées dans l'état puerpéral, et il en a dressé la liste suivante : septicémie aiguë, éclampsie, apoplexie, hémorrhagies utérines et péritonéales (par rupture d'adhérences anciennes), ruptures utérines, asphyxie due à un goître, lésions cardiaques, ruptures de l'aorte, du cœur, de la rate, dégénérescence graisseuse du cœur, paralysie cardiaque, embolies gazeuses, embolies et thrombose des artères pulmonaires, des artères coronaires, thrombose des sinus crâniens.

Les embolies pulmonaires sont fréquentes, parce qu'elles succèdent à des thromboses développées dans les veines du bassin ou des membres inférieurs (varices). Mais il est plus rare de voir cette thrombose se faire dans les sinus du crâne, comme dans le cas suivant :

Une femme de 22 ans, primipare, ayant ressenti antérieurement quelques maux de tête, accouche normalement et a des suites de couches régulières (température entre 36°7 et 37°2). Elle nourrit son enfant. Elle commence à se lever le dixième jour. Le soir du onzième jour, elle est prise d'un vertige subit ; elle se trouve mal, vomit des mucosités, se plaint de céphalalgie, de douleurs et de froid dans les membres du côté droit. Le pouls est régulier, la température normale ; la malade répond bien aux questions, quoique parfois sa parole soit un peu confuse ; la pupille droite est un peu dilatée, mais il n'y a pas de déviation des traits. Peu à peu, il se développe des troubles paralytiques et de la contracture dans les membres ; la malade perd graduellement connaissance et tombe dans le collapsus et, enfin, elle meurt 17 heures après le début des accidents.

A l'autopsie, on trouve une thrombose des sinus longitudinaux et transverses ainsi que de la veine jugulaire gauche. Pas de pus.

Dans ce cas, il est difficile de faire intervenir un élément infectieux puerpéral.

On sait que, pendant la grossesse, le cœur voit sa tâche s'accroître notablement, surtout lorsque le refoulement du diaphragme vient entraver la respiration. Mais chez toutes les femmes, le cœur ne présente pas la même force de résistance. Si un cœur normal suffit à sa tâche, chez une anémique, chez une chlorotique, il n'en est plus ainsi et le cœur mal nourri devient grasseux. L'accouchement achève de le surmener, surtout lorsque cet accouchement est laborieux, comme dans le fait suivant :

Une femme de 22 ans, primipare, ne présentant ni œdème, ni albuminurie, accouche de deux jumeaux. Au bout de dix heures de travail, on intervient par un double forceps, parce que les douleurs se ralentissent et que les bruits cardiaques ne sont plus aisément perceptibles.

L'accouchée, très affaiblie, se plaint d'une soif vive ; l'utérus reste mou ; le pouls est lent et dépressif. On administre à cette femme du cognac ; on l'entoure de linges chauds. Malgré qu'il n'y ait aucune hémorrhagie, le pouls devient de plus en plus faible ; le collapsus survient et la malade meurt une heure après l'accouchement.

A l'autopsie, on trouve un placenta normal, aucune hémorrhagie. Le cœur est grasseux et dilaté à droite. Le foie et les reins ont aussi subi la dégénérescence grasseuse. Dans les poumons, il y a à la fois un peu de bronchite, d'œdème, d'emphysème et d'atélectasie.

Leisse a rapporté aussi un exemple de dégénérescence grasseuse du cœur ayant déterminé la mort quatre heures après l'accouchement. (*Wiener med. Presse*, nos 19 et 20, et *Bull. méd.*)

TENTATIVE D'AVORTEMENT.

M. Duncan a présenté une aiguille à tricoter dont s'est servi une jeune femme dans le but de provoquer l'avortement. Après l'avoir d'abord introduite par le vagin sans aucun résultat, elle se l'enfonça dans l'abdomen à travers l'ombilic, et la laissa en place avec l'intention de la retirer le lendemain matin. Le lendemain, l'aiguille avait disparu et la femme était prise de douleurs dans le ventre. M. Gould fit la laparotomie, et après des recherches assez pénibles, il retrouva l'aiguille presque entièrement enfoncée dans l'utérus. Il en fit l'extraction, et l'avortement eut lieu vingt-quatre heures plus tard sans accident. L'aiguille avait fait une marque sur les fesses de l'en-

fant. Bien que la grossesse fût de six mois, la femme guérit sans complications inflammatoires.

M. Heywood Smith rappelle le cas d'une malade auprès de laquelle il a été appelé plusieurs fois pour des hémorrhagies abondantes. Cette femme avouait s'être livrée à des tentatives d'avortement trente-cinq fois de suite, également au moyen d'une aiguille à tricoter.

(*La Sem. méd.*)

UTÉRUS BICORNE ET GROSSESSE.

M. Schepers a rapporté récemment à la *Société médicale de Greifswald* l'observation d'un utérus bicorne, à col unique, avec grossesse développée dans la corne droite. Voici le résumé de cette observation.

Une femme de 25 ans, jusque-là bien portante, se plaignit de douleurs survenues à la suite d'émotions. Pendant l'une de ces douleurs, elle rejeta par le vagin un fragment membraneux long de dix centimètres, qui avait l'aspect et la structure d'une caduque, et qui semblait provenir d'une cavité utérine plus grande qu'à l'état normal. La palpation et le toucher combinés firent constater une dilatation de l'orifice utérin grande comme une pièce d'un thaler, par laquelle on put sentir le crâne et la main d'un fœtus. Sur la ligne médiane, l'utérus paraissait mince, il semblait se porter obliquement en haut et à droite et il atteignait la ligne ombilicale. À gauche on sentait une masse dure du volume du poing, adhérente à l'utérus; c'était la corne gauche. Les deux cornes s'unissaient à angle obtus sur la ligne médiane.

Peu de jours après cet examen, cette femme accoucha d'un fœtus arrivé au sixième mois de son développement.

(*Bull. méd.*)

DE L'INFLUENCE DES RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES SUR LA MENSTRUATION.

M. G.-E. Herman a communiqué les résultats de l'analyse de 388 cas de rétroversion et de rétroflexion de l'utérus, faite dans le but de déterminer quels sont les effets de ces déviations sur la fonction menstruelle. Il s'ensuit que la dysménorrhée est plus fréquente chez les femmes dont l'utérus est dévié en arrière; en outre, la douleur est plus fréquente au moment des règles chez les femmes qui, avec un déplacement de l'utérus, accusent en même temps une menstruation plus abondante.

M. Hayes fait observer que les rétrodéviations de l'utérus s'accompagnent très souvent, sinon invariablement, du prolapsus des ovaires, ce qui, d'après lui, a une influence beaucoup plus marquée sur la production des hémorrhagies que les déplacements de l'utérus même.

M. Rutherford pense que, chez les femmes qui ont eu des enfants, la métrorrhagie pourrait être le résultat de l'involution imparfaite de l'utérus après l'accouchement.

M. H. Smith demande si, dans les observations qu'il a analysées, M. Herman a souvent constaté la coïncidence de la rétrodéviations de l'utérus avec l'état de la grossesse.

M. Herman répond que le défaut d'involution de l'utérus après l'accouchement peut expliquer les métrorrhagies dans un certain nombre de cas ; il n'est pas à même de dire exactement dans quelle proportion le déplacement de l'utérus coïncidait avec la grossesse ; toutefois le fait s'est présenté assez fréquemment.

(*La Sem. méd.*)

GROSSESSE GÉMELLAIRE EXTRA-UTÉRINE.

Une femme de 30 ans ayant été trouvée un matin morte dans son lit l'autopsie médico-légale fit constater qu'elle avait succombé à une hémorrhagie intra-péritonéale. M. Strecker trouva entre l'utérus et la vessie, attenant à la trompe gauche, un sac foetal rompu et contenant deux foetus du sexe masculin. L'utérus avait environ trois fois son volume normal.

ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES INJECTIONS DE SUBLIMÉ CHEZ LES FEMMES EN COUCHES.

Dans une thèse récente, M. Sébillotte a étudié les conditions qui favorisent l'absorption du sublimé chez les femmes en couches, sur lesquelles on pratique des injections de sublimé. En général, il n'y a pas d'absorption lorsqu'on fait dans le vagin des irrigations d'une durée de dix minutes chez des femmes dont la muqueuse vaginale et celle du col utérin sont saines. Les accidents graves ou mortels qui ont été observés se sont produits principalement après des injections utérines. Avec ces injections, il y a toujours absorption ; mais, dans les cas ordinaires, cette absorption est insuffisante pour produire des accidents graves. Les injections intra-utérines sont contre-indiquées dans les cas suivants : mauvais état général, non intégrité des reins,

lésions vaginales ou utérines, rétention du placenta, avortement.

Les injections doivent être faites de préférence avec la liqueur de Van Swieten plus ou moins affaiblie, de préférence aux solutions de sublimé acidifiées par l'acide tartrique ; il est probable que l'alcool de la liqueur de Van Swieten modère l'absorption en exerçant sur les tissus une action astringente.

Enfin, il peut arriver qu'une partie du liquide injecté séjourne dans certaines parties du vagin ; il faut s'assurer, par tous les moyens possibles et en particulier par des lavages inoffensifs, que la solution mercurielle n'a pas été retenue.

NEUROLIPOMES MULTIPLES A LA SUITE D'UNE LAPAROTOMIE.

Le cas relaté par M. Sims (*New-York Medic Journal*, 16 octobre 1891) concerne une jeune dame qui était affectée de vaginisme, depuis son mariage. Elle en fut guérie, à la suite d'une excision de l'hymen. Plus tard, on lui fit subir la castration double, pour remédier à des accidents hystéro-épileptiformes. Après quoi se développèrent successivement trois tumeurs cutanées, dans le voisinage de la cicatrice. Ces tumeurs étaient constituées par de la graisse et du tissu nerveux. Après leur énucléation il ne s'en est pas développé de nouvelles.

SEPTICÉMIE PUERPÉRALE CAUSÉE PAR UN FURONCLE D'UNE GARDE-MALADE,

Par M. LE CLERC. (*Normandie médicale*, n° II, 1^{er} juin 1892, p. 258.)

Une jeune primipare accouchée normalement est prise, au cinquième jour, d'un grand frisson, puis tout rentre dans l'ordre. Le septième jour, nouvelle poussée fébrile avec douleurs dans le bas-ventre et diarrhée septique pendant trois jours. Le douzième jour, frissonnement avec réapparition des douleurs abdominales, durant vingt-quatre heures. Le seizième jour, retour des mêmes phénomènes. Le dix-neuvième jour, se déclare une dernière poussée inflammatoire, qui fut la plus sévère.

Ce drame septicémique fut la conséquence de l'inoculation de l'accouchée par un furoncle en pleine évolution que présentait à son avant-bras droit la garde-malade. Comme la sage-femme ne venait pas régulièrement, c'est la garde qui faisait la toilette de la malade, toilette succincte pratiquée avec de l'eau tiède légèrement chargée d'eau de Cologne.

Etant donné le point de départ de l'infection, il est à présumer que

l'agent infectieux ou, si l'on aime mieux, les staphylocoques, ont pénétré dans l'organisme par la voie lymphatique. On ne saurait penser à la propagation par la muqueuse, car, d'une part, les lochies n'eurent jamais la moindre odeur et, d'autre part, l'utérus lui-même exploré par le palper et le toucher combinés ne fut jamais douloureux.

Mais pourquoi l'agent infectieux, une fois en possession de l'organisme, n'a-t-il produit qu'une septicémie bénigne ? En raison sans doute de la nature du germe et du traitement énergiquement antiseptique dirigé tant du côté des voies vaginales que des voies digestives et urinaires.

A ce cas d'infection hétérogène, M. Le Clerc ajoute un cas d'infection autogène observée chez une jeune accouchée atteinte de fièvre puerpérale et qui, au moment de sa délivrance, présentait trois furoncles sur l'avant-bras gauche.

Il convient donc de souscrire à la conclusion de l'auteur exprimée comme suit : il y a une septicémie puerpérale furonculaire qui peut être hétérogène ou autogène ; d'où nécessité de surveiller l'entourage des accouchées et celles-ci les premières, de façon à lutter contre la propagation des germes infectieux par une antiseptie soignée.

LA PROPHYLAXIE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES,

Par M. FROMMEL.

Les chiffres suivants ont été recueillis à la Maternité d'Erlanger. De novembre 1887 à novembre 1890, toutes les parturientes étaient soumises, au moment de leur entrée dans le service, à un bain chaud et à des lotions savonneuses des organes génitaux externes, suivies de lavages au sublimé. Mêmes précautions pour les injections vaginales et le toucher. Sur 559 cas, une seule fois on constata l'infection puerpérale. (*Deut. med. Woch.*, n° 10, 1892.)

La mortalité varia entre 5 et 7 p. 100. A dater du 15 novembre 1890, on cessa la désinfection vaginale ; on nota une augmentation de la mortalité qui s'éleva à 11 p. 100 et 3 décès par infection septique. Cette statistique démontre les inconvénients d'une désinfection incomplète et la nécessité de n'omettre aucune précaution antiseptique, soit pour l'exploration des femmes enceintes, soit à tous les autres points de vue.

(*Rev. gén. de Clin.*).

LÉSIONS DE LA MOELLE OSSEUSE DANS LE CANCER DU SEIN.

On rencontre chez certaines femmes atteintes de cancer du sein a évolution moyennement lente des lésions prononcées du squelette et de la moelle osseuse. Ces lésions, peu connues généralement, qui ont été étudiées récemment par M. Herbert Snow.

Cet auteur a remarqué qu'elles étaient la cause des douleurs qu'accusent la plupart des cancéreuses, douleurs qui sont prises pour des manifestations rhumatismales, avec d'autant plus de facilité d'ailleurs qu'elles sont très avantageusement modifiées par l'emploi du salicylate de soude. Les sièges habituels de ces douleurs sont les aînes, les épaules, le bras, le coude. Elles se localisent encore très fréquemment à l'union du manubrium et de la seconde articulation sternocostale. Il se produit à ce niveau un léger degré d'hyperostose qui s'établit insidieusement, sans douleur. M. Herbert Snow a constaté ce fait, chez la plupart de ses cancéreuses ; l'hyperostose a manqué cependant chez les malades atteintes de squirrhe atrophique.

Cette hyperostose du sternum, se manifestant avant que le cancer n'ait encore eu le temps d'envahir les parois thoraciques, semble être sous la dépendance d'une altération de la moelle osseuse.

Un autre phénomène observé et rencontré assez souvent par M. Herbert Snow est un épaissement de l'extrémité supérieure de l'humérus du côté où siège le cancer du sein. Cette extrémité osseuse est douloureuse à la pression ; quelques douleurs spontanées même peuvent siéger en ce point.

L'infection cancéreuse ne reste pas localisée à l'humérus et au sternum, elle peut s'étendre à la colonne vertébrale et aux autres pièces du squelette.

L'envahissement de l'os par la néoplasie cancéreuse se traduit par sa décalcification et son extrême fragilité. Il se laisse entamer facilement par le couteau.

La moelle, devenue cancéreuse, devient d'un blanc opaque ; son reticulum, normalement si délicat, est remplacé par un tissu fibreux épais, ayant tous les caractères du stroma du carcinome squirrheux. Les myéloplaxes sont abondants.

Les altérations des os et de la moelle osseuse ont été signalées dans des cancers autres que celui du sein ; elles expliquent la récurrence habituelle des tumeurs carcinomateuses qui reviennent alors même qu'on a tout enlevé. La récurrence *in situ* ne s'explique pas forcément par la prolifération d'éléments cancéreux non détruits au moment de

l'opération, mais par l'arrivée en ce point d'éléments cancéreux qui s'étaient développés déjà dans la moelle osseuse. (*British medical Journal*, 12 mars 1892, (*Bull. méd.*))

IMPERFORATION CONGÉNITALE DE L'UTÉRUS.

A la *Société de Médecine de Nantes*, M. le docteur *Valentin Desormeaux* expose un cas d'*imperforation congénitale de l'utérus*, chez une jeune fille de 17 ans 1/2 n'ayant jamais eu ses règles et souffrant beaucoup chaque mois depuis l'âge de 14 ans. Elle a été soumise à toutes sortes de traitement. Elle a des épistaxis tous les 2 ou 5 mois, qui la soulagent beaucoup. A 16 ans, elle eut de la pelvi-péritonite.

An premier examen, la vulve et le vagin sont normaux. Le col utérin est gros et long, le corps est facilement senti au-dessus du pubis.

Ne sachant pas s'il était en présence d'un début de grossesse que l'on voulait dissimuler, le docteur *Valentin-Desormeaux* prescrit simplement des irrigations vaginales chaudes et des baius. Le mois suivant il put écarter l'idée de grossesse et fit une saignée du col, qui a soulagé la malade. Le cathétérisme de la cavité utérine est pratiqué, la sonde s'arrête à 4 centimètres, ne pénétrant pas au delà du col. Ce n'était pas un coude qui faisait obstacle, la direction était normale. Il résolut de se servir de l'instrument tranchant. Après toilette vulvo-vaginale et dilatation de la cavité cervicale, il introduit un petit bistouri très fin, coupant par le bout. Il traverse un tissu dur, résistant, épais de 5 ou 6 millimètres. Le bistouri est retiré et il fait de la discision avec un dilatateur métallique. La cavité utérine, très élargie vers le fond, mesure 10 centimètres. Un pansement utérin et vaginal est fait, suivi quelques jours après de séances de dilatation.

Depuis lors, cette jeune fille a toujours été bien réglée.

Cette anomalie est très rare, et il est utile d'intervenir le plus tôt possible, car il y a eu des cas de mort par péritonite.

BLENNORRÉE URO-GÉNITALE DES PETITES FILLES.

(*Wiener medizinische Wochenschrift*, n° 6, 1892).

Le Dr *CAHEN-BRACH* a communiqué au dernier Congrès [des naturalistes et médecins allemands de Halle (21-25 septembre 1891)], l'observation des 21 cas de fleurs blanches chez les enfants. Il les a observés à la clinique infantile de l'Université de Graz. Les petites filles

avaient de 2 à 10 ans. Chez toutes on trouvait dans la sécrétion purulente des agglomérations intra-cellulaires de gonocoques typiques, mises en évidence par les méthodes de coloration de Gram et de Weigert. La source de l'infection a pu être reconnue, presque dans tous les cas, du moins avec une certaine vraisemblance ; toutes les petites malades partageaient le lit ou le domicile avec des personnes atteintes de blennorrhagie.

L'affection est moins pénible par ses symptômes subjectifs que par sa longue durée ; celle-ci est de plusieurs mois ; la blennorrhagie a son siège principal dans l'urèthre et non dans le vagin ou à la vulve, comme son nom de « vulvo-vaginite » l'indique. Comme complication il observa un cas de cystite guéri rapidement ; dans un autre cas il survient un épanchement dans une articulation métacarpophalangienne de la main gauche, disparu au bout d'une semaine. Il n'a pas observé de suites graves, telles que propagation du processus à l'utérus, aux trompes ou au péritoine. L'auteur attribue la rareté relative de ces accidents chez les petites filles à l'obstacle que rencontre le gonocoque à sa propagation par l'occlusion complète de la vulve à cet âge.

La localisation superficielle du gonocoque sur les organes génitaux contribue aussi à rendre le pronostic favorable. Chez les enfants on réussit à guérir l'affection, au plus tard, dans quelques mois ; tandis que après la puberté il n'est pas rare de la voir s'éterniser. Comme traitement, le repos au lit, les soins d'une stricte propreté, des lavages fréquents et des bains chauds, avec application de poudre et de la ouate saupoudrée, à la vulve. Si la sécrétion est abondante, lavage fréquent du vagin. A l'intérieur, huile de bois de Santal qui à la dose de 3 à 5 gouttes par jour est le mieux supportée. Chez les enfants du premier âge, il est indiqué, pour prévenir la contagion des yeux, d'emprisonner les bras.

J. T.

VARIÉTÉS

UN DÉBOUCHÉ POUR LES FEMMES-DOCTEURS DANS LES INDES. — Il y a dans les Indes 139 millions de femmes, dont 21 millions de veuves ; parmi ces dernières, 79,000 ont moins de 9 ans. Des milliers de femmes et de jeunes filles meurent chaque année qui pourraient être sauvées par des soins médicaux éclairés.

La *Zenana Bible and Medical missionary Society of London*, fondée en 1852, a surtout pour but de procurer les soins médi-

caux aux femmes indiennes. Elle a des hôpitaux et dispensaires. Deux femmes-docteurs, ferventes catholiques, sont demandées en ce moment. Elles ne doivent pas avoir plus de trente ans. Le traitement est de 650 à 750 l. sterl. par an, avec avantages tels que : habillement, passage, logement, voyage, etc. Habituellement, chaque station comprend deux femmes-docteurs, avec un hôpital, un dispensaire, des médicaments et un nombre suffisant d'assistants indigènes.

APHORISMES AMÉRICAINS. — Les journaux américains, fait remarquer la *Médecine moderne*, publient parfois à l'usage des praticiens des séries de conseils formulés sous cette forme prohibitive : « Ne faites pas ». C'est ce qu'on appelle des « don'ts. » Il y a ainsi des séries de « don'ts obstétricaux, chirurgicaux, syphilitiques, etc. Il faut reconnaître que certains de ces « don'ts » sont parfois d'une naïveté et même d'une puérilité, dont les quelques citations suivantes peuvent donner une idée :

« Ne faites pas saliver votre malade.

« Ne commencez pas le traitement général avant l'apparition du chancre ; il se peut que ce ne soit pas un chancre.

« Ne donnez pas la diarrhée à votre malade ; dès qu'elle apparaît, arrêtez-la. »

Le Dr Sangree plaisante agréablement à ce sujet les faiseurs de « don'ts » dans le *Times and Register* : « J'estime, dit-il, que les auteurs de ces « don'ts » ont omis pour une raison ou pour une autre un certain nombre de conseils qui ne manquent pas d'importance. Et je me hâte de remédier à cette omission dans l'espoir de rendre service aux praticiens occupés. Je n'ai pas jugé nécessaire de classer mes aphorismes et je les donne comme ils me viennent à l'esprit :

« Ne demandez pas à un enfant de 3 mois de vous tirer la langue ; il pourrait ne pas vous comprendre.

« N'oubliez pas que le foie est à droite et la rate à gauche.

« Ne dites pas à votre malade que votre médecine lui a fait du bien avant de vous être assuré qu'il l'a prise.

« Ne coupez pas le cordon ombilical entre la ligature et l'ombilic ; coupez-le entre la ligature et le placenta.

« Ne crachez pas dans vos mains avant de commencer une opération ; la salive contient des microbes.

« N'essayez pas de délivrer un enfant avec une corne à soulier ; le forceps est d'habitude préférable.

« Ne donnez pas du sublimé à la place de calomel.

« Ne faites pas d'incision sur un os pour vous assurer s'il est fracturé ; ce procédé de diagnostic n'est généralement pas admis dans la pratique.

« Ne demandez pas à une femme combien elle a d'enfants avant de savoir si elle est mariée.

BIBLIOGRAPHIE

I. MOUNIER. Hygiène de l'oreille : Soins préventifs contre les affections auriculaires. 131 pages. (Société d'éditions scientifiques. Paris 1892.)

Ce livre est une œuvre de vulgarisation scientifique de bon aloi. Il s'adresse au grand public que l'on ne saurait trop mettre en garde contre les charlatans, les guérisseurs, les commères, etc., ces écumeurs de la médecine qui causent tant d'infirmités, devant lesquelles le médecin n'a plus que trop souvent à constater son impuissance. Mais la raison du succès de l'empirisme, avouons-le sans fausse honte, ne vient-elle pas parfois de l'ignorance du médecin sur les questions un peu spéciales. A ce titre, le livre de M. Mounier a sa place dans la bibliothèque du praticien.

Après avoir exposé clairement, sans aucun luxe d'érudition, en évitant autant que possible les termes trop techniques, les chemins multiples qui mènent à la surdité, l'auteur passe en revue les phénomènes généraux et locaux communs aux affections de l'oreille, et termine par de sages conseils d'hygiène.

A propos de chacune des causes des lésions de l'oreille, des différents symptômes de ces lésions, l'auteur donne un aperçu rapide permettant de les diagnostiquer et de les traiter d'une façon rationnelle.

II. Des différents types de métrites. Leur traitement, par le doct. F. JOUIN, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Avec une préface de M. Péan). Paris. Société d'éditions scientifiques, 1892.

Pour l'auteur la métrite est le plus important des processus morbides de l'utérus ; mais la métrite n'est pas simple. Aussi M. Jouin sépare-t-il de la métrite commune la métrite tuberculeuse.

Mais ce n'est pas tout, il admet que presque tous les symptômes morbides rapportés à la plupart des processus pathologiques de la matrice, à ses flexions, à ses versions, etc., ne sauraient être cliniquement séparés de l'inflammation en dehors de laquelle ils passent le plus souvent inaperçus.

Enfin l'ovarite, le salpingite, les périmétrites et les paramétrites rentrent, également pour lui, dans l'étude des métrites, ces lésions n'étant presque jamais observées à l'état isolé, et dépendant, le plus ordinairement, d'une inflammation primitivement localisée dans l'endomètre.

Dans la seconde partie de son travail, M. Jouin expose sa méthode de traitement des différents types de métrite. C'est à l'application intra-utérine des bâtonnets médicamenteux, dont on apprend les formules variées, qu'il donne la préférence.

Dans cette seconde partie, M. Jouin fait le procès de l'électricité qu'il ne rejette pourtant pas entièrement ; mais dont il considère l'application comme difficile et dont il montre les inconvénients. Tout en exposant impartialement les opérations chirurgicales recommandées contre les corps fibreux particulièrement, il ne craint pas de montrer que beaucoup de ces opérations sont pour le moins discutables et qu'on y recourt peut-être trop facilement dans la pratique.

La dernière partie de son volume, enfin, est consacrée à : 1° L'albuminurie dans ses rapports avec les métrites ; 2° La stérilité ; 3° Enfin, l'hygiène des organes génitaux de la femme aux différents âges.

III. **Nutritious pathologiques, leur traitement par l'eau d'Evian**, par le D^r CHAÏLS. Paris, Masson, 1892.

IV. **Cas de tabes à début céphalique**, par le D^r CHABBERT (de Toulouse). Toulouse, 1892.

V. **Aperçu général sur les eaux de Bagnères-de-Bigorre**. (Extrait de la *Rev. gén. de clin. et de théér.*)

VI. **Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique des Rhamnées**. — **Cascarine**, par le D^r M. LAFFONT. Paris. Melzer, 1892.

VII. BUREAU (D^r), professeur agrégé d'accouchement. — **Guide pratique d'accouchement**, conduite à tenir pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couche. Bel in-8 de 420 pages, avec figures. Prix : 6 francs.

Le D^r Bureau a su réunir en un manuel portatif l'exposé critique des meilleures méthodes de traitement usitées en obstétrique et, pour présenter la thérapeutique la plus rationnelle, il a rappelé brièvement, à propos de chaque cas particulier, les principaux caractères cliniques. Les médecins qui font des accouchements, les sages-femmes, les étudiants trouveront exposées dans le **Guide pratique d'accouchement** les notions pratiques indispensables pour diriger leur conduite dans tous les accouchements, simples ou compliqués. Un nombre suffisant de bonnes figures accompagne le texte.

LIBRAIRIE RUEFF ET C^{ie}, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Bibliothèque médicale, publiée sous la direction de MM. les professeurs CHARCOT et DEBOVE, volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée.

Prix..... 3 fr. 50

DERNIERS VOLUMES PARUS :

De la stérilité chez la femme et de son traitement, par DE SINETY.

Ulcère de l'estomac, par G. M. DEBOVE et J. RENAULT.

Traitement de la phtisie pulmonaire (2 volumes), par P. DAREMBERG.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

98. — Les inhalations d'oxygène en obstétrique, par M. RIVIÈRE. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 8, 21 février 1892, p. 96.)

Il résulte des recherches de l'auteur que les inhalations d'oxygène sont indiquées :

I. Chez la femme enceinte. — Pour combattre les accidents asphyxiques consécutifs à une affection aiguë ou chronique des voies respiratoires et du cœur, et par suite pour empêcher l'avortement ou l'accouchement prématuré ; toutes les fois que la nutrition est diminuée, l'appétit absent, les digestions impossibles et les vomissements alimentaires plus ou moins répétés. Elles peuvent par suite donner de bons résultats dans les cas de vomissements incoërcibles.

II. Chez la femme accouchée. — Dans les suites de couches, où elles agissent en suroxygénant le sang, que cette suroxygénation ait pour résultat d'augmenter simplement la force de résistance de la femme ou qu'elle ait une action directe sur les microbes qui ont envahi le sang.

III. Chez la femme enceinte mais pour agir sur le fœtus. — Toutes les fois que, du fait d'une maladie de la mère, l'oxygénation du sang fœtal tend à devenir insuffisante : *a*, soit parce que l'oxygénation du sang maternel est elle-même insuffisante (affection pulmonaire ou cardiaque) ; *b*, soit parce qu'une lésion placentaire, l'oxygénation du sang restant normale, supprime une portion active du placenta et diminue le champ de l'hématose fœtale ; toutes les fois encore que s'est produit brusquement un décollement partiel du placenta (chute faite par la mère) diminuant la surface d'absorption de cet organe.

IV. Chez le nouveau-né. — Ce sont là les indications essentielles des inhalations d'oxygène : chez les enfants nés avant terme, ou nés à terme mais chétifs et chez lesquels, la nutrition se faisant mal, l'athrepsie ne tarde pas à s'installer ; chez les nouveau-nés qui, insuffisamment ou mal nourris, arrivent, mais par un autre mécanisme, au même résultat, l'athrepsie.

V. *Chez les enfants plus grands.* — Par le fait d'une nutrition insuffisante, tendant à devenir rachitiques.

Il importe, dit M. Rivière, pour obtenir des résultats sérieux, d'employer l'oxygène à assez haute dose aussi bien chez la femme que chez l'enfant.

* * *

99. — Formulaire de la leucorrhée (1).

Injection antileucorrhéique.

Sulfate de cuivre cristal.....	1 gr.
Eau commune.....	200 gr.

Faites dissoudre.

Cette solution est conseillée en injections, contre la leucorrhée chronique. — On prescrit en outre les préparations ferrugineuses à l'intérieur, et l'hydrothérapie.

Autre formule :

Acide salicylique.....	6 gr.
Glycérine.....	100 gr.
Eau.....	1000 gr.

On dissout l'acide salicylique dans la glycérine, à la chaleur du bain-marie, et on ajoute l'eau.

Pour 6 injections, une chaque jour, dans la vaginite et les écoulements leucorrhéiques irritants, qui enflamment le col utérin et la vulve.

Autre formule :

Chlorate de potasse.....	13 gr.
Vin d'opium.....	10 gr.
Eau de goudron.....	300 gr.

Faites dissoudre. — Dans un quart de litre d'eau chaude, on verse 2 ou 3 grandes cuillerées de cette solution, et ce mélange est employé en injections et en lotions contre les leucorrhées fétides.

Injection astringente.

Cachou pulvérisé.....	5 gr.
Myrrhe pulvérisée.....	5 gr.
Eau de chaux.....	200 gr.

(1) Ces formules sont extraites de l'ouvrage du Dr Gallois (1200 formules, J.-B. Baillière).

Filtrez après une trituration prolongée.

Plusieurs fois par jour, on pratiquera des injections avec cette solution, pour faire cesser la leucorrhée.

Injection désinfectante antileucorrhéique.

Chlorate de potasse.....	12 gr.
Laudanum de Sydenham.....	10 gr.
Eau de goudron.....	200 gr.

Faites dissoudre. — Deux à trois cuillerées à bouche pour chaque litre d'eau chaude, à employer en injections, matin et soir, dans le but de faire cesser l'odeur fétide des écoulements leucorrhéiques qui accompagnent parfois certains cas d'endométrite, de polypes, de corps fibreux, d'ulcérations du col ou même de simple vaginite. — La durée de l'injection sera chaque fois de 5 à 6 minutes.

Lotion antileucorrhéique.

Pour le Dr Bouchut, la leucorrhée des petites filles est due à la vulvite et non à la vaginite ou à la métrite. C'est donc l'inflammation de la vulve qu'il s'agit de combattre. Le traitement est à la fois local et général.

Le traitement local consiste : 1° à obtenir une propreté extrême des parties malades, au moyen de lavages réitérés faits avec de l'eau de son, ou de la décoction de feuilles de noyer, ou de l'eau de Goulard, etc. — 2° à modifier les surfaces enflammées. Pour remplir cette indication, les moyens sont nombreux :

Solution de bichlorure de mercure 0 gr. 10 centigrammes pour 300 grammes d'eau, en bains de siège ou en lotions ; — acide phénique 5 grammes pour 1000 grammes d'eau ; solution de coaltar ; et enfin cautérisation avec une solution de nitrate d'argent (0 g. 20 pour 30 grammes d'eau distillée).

Dans l'intervalle des lotions, maintenir entre les grandes lèvres un gâteau de charpie imprégné de solution de coaltar, ou couvert de pommade de précipité rouge.

Comme médication interne, on prescrit l'huile de foie de morue et quinquina aux petites filles scrofuleuses, les préparations arsenicales à celles qui sont herpétiques.

Poudre contre la leucorrhée.

Amidon pulvérisé.....	40 gr.
Sous-nitrate de bismuth.....	10 gr.

Mélez.

Dans le cas d'écoulements leucorrhéiques opiniâtres, on dilate le vagin au moyen du spéculum, et on projette cette poudre sur le col utérin, afin d'empêcher les mucosités qui s'en échappent d'irriter la muqueuse vaginale. — En cas d'insuccès, on mélange avec l'amidon de l'alun, de l'acétate de plomb ou du tannin, ou bien encore on emploie ces astringents à l'état de pureté, en le déposant au milieu d'un sachet de ouate, qu'on introduit au fond du vagin, et qu'on retire chaque jour. Les mucosités leucorrhéiques, après avoir dissous la substance astringente, se répandent sur la muqueuse vaginale et sur celle du col, et elles agissent plus efficacement qu'une simple injection, ou même qu'un badigeonnage avec le pinceau. — Si l'écoulement paraît provenir du col, on peut introduire dans sa cavité le crayon de tannin.

Poudre contre la leucorrhée.

Sulfate de fer pulvérisé.....	8 gr.
Sous-carbonate de fer.....	12 gr.
Quinquina rouge ou gris pulvérisé	4 gr.
Cannelle pulvérisée.....	4 gr.
Ergotine.....	4 gr.

F. s. a. une poudre composée, dont on administrera une ou deux pincées avant les principaux repas, dans la leucorrhée idiopathique. On en suspendra l'usage à l'approche des époques menstruelles. — Injections prolongées, matin et soir, avec de l'eau froide additionnée de vinaigre. — Régime tonique.

Solution contre les écoulements vaginaux.

Acide tannique.	25 gr.
Eau commune	100 gr.

Faites dissoudre.

Tous les jours, à l'aide du spéculum, on introduit deux tampons imbibés de cette solution, et un troisième tampon sec. Au bout de 24 heures, on retire les tampons au moyen des fils dont ils sont munis, on pratique des injections détersives, et on introduit de nouveaux tampons, dont on cesse l'emploi à l'approche des règles. Le tampon guérit beaucoup plus vite que les injections. La malade doit rester au lit le plus possible.

Solution contre les écoulements vaginaux.

Acide phénique pur.....	1 gr.
Alcool ou eau de Cologne.....	30 gr.
Eau.....	70 gr.

Mélez.

A l'aide du spéculum, on introduit, une ou deux fois par jour, des tampons imbibés de ce mélange et chaque fois qu'on les enlève, on pratique des injections légèrement astringentes. Dès que les surfaces sont détergées, on remplace les tampons d'alcool phéniqué, par d'autres imprégnés d'une solution moins active, telle que la suivante :

Acide tannique.....	15 gr.
Glycérine pure.....	90 gr.

Solution salicylique pour injections.

Acide salicylique.....	1 gr.
Alcool à 90°.....	10 gr.
Eau distillée.....	100 gr.

Faites dissoudre.

On mélange cette solution avec 100 ou 200 parties d'eau, de façon à obtenir une solution au deux centième ou au trois centième, ou plus étendue si c'est nécessaire.

Pour les injections vaginales, soit dans les cas de leucorrhée, soit à la suite de l'accouchement, les injections au millième suffisent lorsqu'on emploie une grande quantité de liquide ; mais l'injection au cinq centième est ordinairement préférable. — C'est aussi celle que l'auteur recommande pour les maladies de l'oreille. Enfin, c'est la solution au cinq centième, que M. le professeur Guyon emploie avec succès pour les injections vésicales.

100. — Sur le traitement de l'avortement, par le docteur KUPPENHEIM. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 53.) — L'auteur rend compte des résultats obtenus dans 100 cas d'avortement admis en traitement à la clinique obstétricale d'Heidelberg. Dans tous les cas d'avortement incomplet, on s'est décidé à une intervention active. Lorsque la grossesse ne dépassait pas encore le troisième mois, on avait recours à l'extraction manuelle et au curet-

tement consécutif. Le curettement était employé également dans les cas où, à cause de l'étroitesse du col, il n'était pas possible de pratiquer l'exploration digitale de la cavité utérine sans faire préalablement la dilatation. Pour l'opération du curettement, la femme était toujours placée dans le décubitus latéral.

On a prétendu que cette position s'opposait à une exploration combinée, interne et abdominale. Or, dans 2 cas de fausses couches, chez des femmes parvenues au quatrième et au sixième mois de la grossesse, on a pu extraire facilement des débris de placenta et de membranes, par des manœuvres internes et externes combinées, la femme étant couchée dans le décubitus latéral et la paroi abdominale étant complètement relâchée, alors que l'opération n'avait pu aboutir, la femme étant couchée dans le décubitus dorsal, à cause de la contraction des muscles abdominaux.

Dans les cas où la grossesse était parvenue à une époque plus avancée, l'extraction manuelle a suffi souvent pour assurer le résultat voulu. Le placenta et les débris placentaires ne se laissent pas extraire avec la curette, mais ils sont entraînés lors de l'extraction manuelle de la caduque.

Dans la plupart des cas, on a fait suivre l'extraction manuelle et le curettement d'une injection intra-utérine phéniquée. Dans 6 cas où, au moment de leur entrée à l'hôpital, les femmes présentaient déjà des symptômes d'infection, la cavité utérine a été cautérisée au moyen d'une sonde ou d'une pince à polypes enveloppée d'ouate trempée dans une solution d'acide phénique à 90 %. Dans une série d'autres cas les cautérisations phéniquées ont été pratiquées dans un but prophylactique. Ces cautérisations ont l'avantage de solliciter les contractions utérines et d'exercer une influence salutaire sur une endométrite préexistante.

Le traitement consécutif a consisté dans des irrigations vaginales et dans l'administration interne du seigle ergoté. La femme gardait le lit pendant huit jours. *(Rev. de théér. gén. et thermale.)*

* * *

101. — Traitement palliatif du cancer de l'utérus. —

Le Dr H. Schultz a imaginé récemment de traiter ce cancer utérin par des injections d'alcool absolu dans l'épaisseur de la tumeur au moyen d'une seringue d'une capacité de 5 grammes.

La malade est placée dans le décubitus latéral, on introduit le spéculum de Sims, on protège l'urèthre contre l'action caustique de l'alcool à l'aide d'un tampon d'ouate, puis on injecte une ou deux fois dans la tumeur, à une profondeur variable, 5 grammes d'alcool absolu.

La douleur provoquée par l'injection est de courte durée. Une grande partie du liquide injecté s'écoule au dehors entraînant des débris de tissu mortifié. Ces injections sont faites d'abord tous les deux jours, puis tous les jours, et on les termine en introduisant dans le vagin un tampon de gaze iodoformée.

Les résultats annoncés par ce confrère seraient très encourageants. Dans deux cas ils ont été complets au bout de un mois et un mois et demi de traitement après une cinquantaine d'injections. Il s'agissait vraisemblablement d'un épithélioma lobulé siégeant sur les lèvres du col ; ces tumeurs, du volume d'une noix à celui d'une pomme, saignaient facilement. Les premières injections eurent pour effet de déterger la tumeur qui se couvrit de granulations. Puis le volume diminua, l'écoulement perdit toute mauvaise odeur. Enfin la tumeur parut disparaître complètement après 45 injections. On cessa le traitement, et la lèvre, qui avait repris son volume normal, s'était recouverte d'épithélium.

Ce traitement, si l'on en croit les observations de l'auteur, serait donc appelé à jouer un rôle important dans le traitement du cancer. Il faut se mettre en garde au début contre les hémorrhagies, qui peuvent être facilement réprimées au moyen du tamponnement.

(*Revue de théér. méd. chirurg.*)

* *

102. — Prurit vulvaire ; guérison après emploi du courant constant, par le docteur CHOLMOGOROFF. (*Revue de thérapeutique générale et thermale.*) — L'auteur a donné des soins à une femme âgée de 36 ans, mariée depuis douze ans, et qui avait eu un enfant une année après son mariage. Depuis l'âge de 13 ans, cette femme avait toujours été bien réglée. Son mari était bien portant. Les rapports sexuels avaient toujours eu lieu d'une façon régulière et procuraient à la femme la satisfaction désirable. Pas d'onanisme. Pas de glycosurie. Depuis deux années, la femme souffrait d'un prurit vulvaire. D'abord, les démangeaisons avaient été supportables, se

manifestant à l'approche d'une époque menstruelle. Puis elles étaient devenues continues, d'intensité variable d'un jour à l'autre. La chaleur était sans influence sur le prurit. Par moments, les démangeaisons devenaient tellement fortes que la femme ne pouvait plus résister au besoin de se gratter. Des remèdes très divers avaient été employés sans grand résultat. Cependant, les applications de vaseline à la cocaïne et les lotions phéniquées avaient procuré un peu de soulagement.

On ne constatait absolument rien d'anormal à l'examen des organes génitaux internes et externes, sauf les traces du grattage. Chalmogoroff proposa un traitement par l'électricité, proposition qui fut acceptée. Une électrode cylindrique, en caoutchouc durci, avec bout en métal, fut introduite dans le vagin, à 4 ou 5 centimètres de profondeur. L'autre électrode formée d'un disque en métal recouvert de cuir, de 4 centimètres de diamètre, fut appliquée sur la région où siégeait le prurit et mise en communication avec le pôle négatif. Les intensités du courant employé ont varié de 15 à 22 milliampères ; la durée des séances a été de dix minutes. Après la cinquième séance, le prurit était plus faible. Après la sixième, les démangeaisons avaient cessé. La guérison se maintenait six mois plus tard.

L'auteur a eu soin de rappeler que le prurit vulvaire est une affection souvent très rebelle, tellement rebelle et intolérable qu'on n'a pas reculé devant les moyens radicaux de guérison, tels que l'excision des téguments envahis par le prurit. D'autre part, il y a des exemples de prurit vulvaire, guéri par les applications du courant continu, remède préconisé par Blackwood.



103. — Du traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'hystérectomie abdominale. — M. GIRARD (Grenoble).

— Les règles que je suis habituellement sont les suivantes :

Je me mets à l'abri de l'hémorrhagie primitive ou secondaire en liant vigoureusement, avec des fils de soie, le pédicule divisé en autant de parties qu'il est nécessaire. Je ne fais pas de ligature provisoire du pédicule et je n'emploie pas habituellement les pinces de Richelot ; je préfère lier de suite entre deux fils ; je gagne du temps, et le champ opératoire est débarrassé d'une masse de pinces.

J'évite les accidents de septicémie par une désinfection préalable de l'intestin, de la peau et du vagin.

Quant à la désinfection du segment de l'utérus laissé en place, des trompes et des ovaires, je l'obtiens en excisant la muqueuse utérine et en enlevant les trompes et les ovaires, s'ils sont altérés. Quand ces précautions ont été prises, je ne crois pas nécessaire de recouvrir le pédicule d'un capuchon péritonéal. Ce capuchon est inutile si l'asepsie est parfaite, et, dans le cas contraire, il ne peut offrir qu'une barrière incomplète aux microbes, si rapprochées que soient les ligatures.

Je ne cautérise pas le pédicule quand la cavité utérine a été ouverte, parce que je crains de couper les fils de soie avec le thermocautère. Si cette cavité n'a pas été ouverte, je considère cette cautérisation comme inutile et même fâcheuse, car elle gêne l'établissement rapide d'adhérences de voisinage, qui assureront la nutrition de la partie du pédicule située au-dessus de la ligature, dont il faut éviter la nécrobiose trop rapide.

Je laisse les ovaires en place quand ils sont sains, car il me semble nécessaire de limiter la mutilation de la femme au strict indispensable, et de diminuer le traumatisme dans la mesure du possible ; les suites opératoires ne peuvent en être que meilleures.

Par toutes ces simplifications opératoires qui ne paraissent pas nuire à l'hémostase et à l'antisepsie, on diminue singulièrement la durée de l'opération et partant le shock, la troisième cause principale de mort après l'hystérectomie. (*Bull. méd.*)



104. — Sur la prophylaxie des affections puerpérales, par B. FROMMEL. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 10, p. 202.) — A la clinique d'Erlangen, du 1^{er} avril 1887 au 15 novembre 1890, on a fait 559 accouchements. Autant que possible on a fait prendre un bain aux femmes avant le commencement du travail, on les a munies de linge frais. La toilette des organes génitaux externes a été faite aussi soigneusement que possible, avec du savon d'abord, puis avec une solution de sublimé à 1/2000. On faisait une injection vaginale avec cette même solution, injection qui était répétée après chaque toucher, une ou deux fois. A partir d'une certaine époque, ces injections ont été poussées jusque dans le col.

Sur les 559 femmes traitées de la sorte, 5 sont mortes en couches, 1 a succombé le huitième jour à une embolie de l'artère pulmonaire,

ayant eu son point de départ dans une thrombose non infectieuse de la jambe gauche, une seconde a succombé à une pneumonie fibreuse double ; une troisième, quelques semaines après l'accouchement, à un énorme cancer inopérable de la vulve ; une quatrième, est morte, deux heures après l'accouchement, d'une hémorrhagie par rupture d'un vaisseau du ligament large ; enfin une cinquième et dernière a succombé à une infection puerpérale. Toutefois, au moment de son entrée dans le service, cette femme avait déjà de la fièvre, l'infection n'avait donc pas été contractée à l'hôpital.

En se fiant aux résultats annoncés par les auteurs qui considèrent comme superflues les injections vaginales prophylactiques, on a renoncé à celles-ci à la clinique d'Erlangen, du 21 novembre 1890 au 15 décembre 1891 ; on s'est astreint à désinfecter rigoureusement les mains et les instruments. Le nombre des accouchements faits pendant cette seconde période s'est élevé à 197. Les 100 premiers se sont passés sans accidents puerpéraux graves ; puis dans la suite 3 femmes ont succombé à l'infection puerpérale, et le taux de la morbidité pour cette seconde période s'est élevée à 11 0/0. Devant ces résultats, l'auteur se prononce en faveur de la pratique des injections vaginales prophylactiques. Il incline, d'autre part, à admettre la possibilité de l'infection dite autochtone.

E. R.



105. — Du débridement vulvo-vaginal comme opération préliminaire : nouvelle observation. — M. CHAPUT (de Paris). — J'ai observé une femme atteinte d'un fibrome volumineux, remontant à trois travers de doigt du pubis, compliqué d'accidents de compression vésicale, de cystocèle et d'abaissement du col. Après avoir essayé en vain l'énucléation de la tumeur, je fis l'extirpation totale de l'utérus et du fibrome. L'opération, d'abord très difficile, devint extrêmement simple après que j'eus fait le débridement vulvo-vaginal, dont j'ai ainsi fixé la technique :

Sur une ligne dirigée du centre de la vulve à l'ischion, à 5 centimètres au-dessous de la vulve, on ponctionne la peau avec un couteau à longue lame, on fait ressortir la pointe dans le vagin à 1 ou 2 centimètres du col utérin, et, le tranchant étant tourné en haut, on sectionne rapidement les parties molles de bas en haut.

Les deux lèvres de la plaie sont comprimées par les doigts de l'opé-

rateur et de son aide ; on place ensuite une pince sur les quatre angles du losange cruenté, on étale la plaie et on en fait l'hémostase temporaire avec les pinces à forcipressure. On laisse tomber les pinces par leur propre poids et on place par-dessus un écarteur ; on exécute alors dans de bonnes conditions l'opération principale. Celle-ci finie, on suture le débridement avec l'aiguille d'Emmet. On commence par placer un crin de Florence au niveau des angles latéraux du losange pour servir de repère. On suture ensuite la région vaginale au catgut et la région cutanée au crin de Florence. Comme pansement, il suffit d'insuffler de l'iodoforme sur la plaie cutanée.

Ce qu'il y a de particulier dans ma technique, c'est l'étendue considérable du débridement, la manière de l'exécuter (par transfixion), l'hémostase et aussi la description méthodique des temps opératoires.

J'ai fait le débridement soize fois, le plus souvent unilatéral, quelquefois des deux côtés.

Le débridement est indiqué toutes les fois que les opérations sur l'utérus sont difficiles, en raison de la disproportion entre le volume de l'organe et le diamètre de la vulve.

Dans les extirpations de l'utérus pour salpingite, cette manœuvre rend facile l'enlèvement secondaire des annexes ; je l'ai encore exécutée dans les extirpations pour cancer, pour fibrome, pour prolapsus, dans un cas de polype chez une vierge, pour réparer une fistule vésico-vaginale inaccessible. Enfin, le débridement présente encore de nombreuses applications à l'obstétrique qui ont été développées par Dührssen (de Berlin) dans un remarquable mémoire.

M. PICQUÉ (de Paris). — J'ai utilisé plusieurs fois dans les fistules vésico-vaginales hautes le procédé dont parle M. Chaput. Pour les tumeurs de l'utérus, je pense au contraire qu'on peut toujours, quand on est bien aidé, les opérer toutes par la voie vaginale, quelle que soit la disproportion entre le volume de la tumeur et l'étroitesse de la vulve.



106. — De l'anesthésie locale par le chlorhydrate de cocaïne en obstétrique et en gynécologie. — Pour combattre la douleur de l'enfantement, Frane utilise depuis longtemps avec succès la cocaïne de la manière suivante. Lorsque la dilatation du col ne fait que débiter, on commence par promener sur le col,

le segment inférieur et les culs-de-sacs vaginaux un tampon de ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à 5 % ; ces badigeonnages doivent être répétés toutes les demi-heures ou toutes les heures. La dilatation complète, on continue les badigeonnages sur la paroi du canal vaginal, et, lorsque la tête arrive sur le périnée, on peut se servir d'une solution à 10 ou 20 %. Si une intervention opératoire est nécessaire, il faut ajouter l'anesthésie par le chloroforme.



107. — Traitement des palpitations de l'âge critique.

— M. Kisch a observé des cas nombreux de tachycardie survenant chez les femmes à l'époque de la ménopause. Ces accidents apparaissent rarement après la cessation complète des règles, plus fréquemment au moment où les règles commencent à devenir irrégulières, peu abondantes ; ils s'annonçaient par des palpitations chez des sujets indemnes jusqu'alors des troubles de cette nature. Ces palpitations revenaient d'abord sous l'influence des efforts, puis au moindre mouvement, et enfin même au repos. Ils s'accompagnaient de sensation de défaillance, d'oppression thoracique, de battements violents des carotides et de l'aorte abdominale. Bientôt survenaient des vertiges, des tintements d'oreilles, des céphalées et parfois on voyait se produire des syncopes.

On trouvait alors le pouls extrêmement rapide, battant de 120 à 150 pulsations au moins à la minute, ample d'ailleurs, régulier et bien frappé. L'auscultation du cœur indiquait également une accentuation manifeste des bruits du cœur. Parfois survenaient, sur la poitrine et au visage, des plaques érythémateuses fugaces, s'accompagnant d'une vive sensation de chaleur.

Les crises de tachycardie reparaissaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, parfois plusieurs fois par jour, et duraient de quelques minutes à un quart d'heure. Elles ne coïncidaient pas avec un état anémique du sang, comme le veulent Clément et Boerner, et l'auteur a vu, au contraire, dans la plupart des cas, une augmentation notable du taux de l'hémoglobine.

Clément a constaté quatre cas de tachycardie de la ménopause ; Boerner, trois cas ; Moor, un cas ; l'auteur ajoute vingt-huit observations du même ordre.

L'affection ne comporte pas un *pronostic* funeste ; elle peut durer

quelques semaines ou persister pendant deux ans. Souvent elle évolue pendant tout le temps de la ménopause, ne cessant que lorsque les règles ont complètement disparu ; rarement, elle survit à la ménopause.

L'emploi fréquent de purgatifs légers a donné à l'auteur d'excellents résultats dans le traitement de cette tachycardie. On peut y joindre le séjour à la campagne, une nourriture légère, et prescrire un repos presque complet avec hydrothérapie. Le bromure de potassium à petites doses produit de même les meilleurs effets.



108. — Sur le traitement des maladies de femmes par l'électricité, par le Dr NAGEL. (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1892, n° 1, p. 17.) — M. Nagel, assistant du prof. Gusserow, fait connaître les résultats qu'a donnés, dans le service de son maître, à la clinique de Berlin, l'emploi de l'électricité dans le traitement des maladies de femmes.

L'auteur pose en principe que, dans les affections gynécologiques le traitement par l'électricité n'a jamais que la valeur d'une médication symptomatique.

Dans les cas de *myomes utérins volumineux*, on a renoncé, à la clinique de Berlin, à l'emploi de la galvanisation intra-utérine, car, en pareils cas, vu la forme irrégulière de la cavité utérine, il est impossible de cautériser la muqueuse dans la mesure voulue.

La galvanisation intra-utérine a été employée dans 24 cas de myomes utérins de petit volume ; suivant la nature des accidents prédominants, on appliquait dans la cavité utérine le pôle positif ou le pôle négatif. La même médication a été expérimentée dans d'autres affections utérines qui donnent lieu aux mêmes accidents—hémorrhagies, douleurs, écoulements utérins abondants—que les myomes, ainsi que dans 6 cas de métrite et d'endométrite.

Pour ce qui est des résultats obtenus dans les cas de myomes peu volumineux, jamais on n'a constaté, à la clinique de Berlin, une disparition, voire une diminution notable du volume de la tumeur, quel que fût le pôle introduit dans la cavité intra-utérine.

Dans tous les cas, 3 exceptés, où des métrorrhagies plus ou moins abondantes prédominaient, on a obtenu la cessation des pertes, quelques fois déjà après quelques séances de galvanisation.

De même, dans la plupart des cas où existaient des douleurs et de la leucorrhée, ces accidents ont été amendés. Quand les douleurs constituaient l'unique manifestation de la maladie utérine, qu'il y avait lieu, par conséquent, d'admettre l'intégrité de l'endométrium, on a obtenu l'effet voulu avec la simple galvanisation *extra-utérine*, et en n'employant que de faibles intensités de courant, l'un des pôles étant introduit dans le vagin.

Dans le traitement de la pelvi-péritonite chronique, M. Gusserow a renoncé à l'emploi de l'électricité, depuis qu'il expérimente le massage pratiqué suivant le procédé de Thure-Brandt et qui donne de bien meilleurs résultats. Toutefois, M. Nagel a cru devoir mentionner un cas d'exsudat intrapéritonéal, du volume d'une tête d'enfant, où, après une application du courant faradique, l'exsudat s'est réduit très rapidement jusqu'au volume d'une pomme. On connaissait déjà un certain nombre d'exemples semblables, de résorption rapide d'un exsudat pelvien volumineux, après emploi de l'électricité. A l'idée de M. Nagel, il se serait agi le plus souvent, dans ces cas, d'une perforation de l'exsudat dans l'intestin, ou, quand il s'agissait d'un liquide séreux inoffensif, dans la cavité abdominale, sans que les malades en aient eu conscience.

Enfin, la faradisation intra-utérine est indiquée surtout dans les cas d'aménorrhée : 15 succès sur 28 cas traités à la clinique de Berlin.
(*Revue de théér. gén. et therm.*)



109. — Traitement de la rétroflexion par la laparotomie par M. CHAPUT. — Conclusions :

- 1° La rétroflexion indolente n'exige aucun traitement ;
- 2° La rétroflexion compliquée de métrite ou de prolapsus génital réclame d'abord le curage ou une réparation périnéo-vaginale ;
- 3° On essaiera d'appliquer un pessaire contre les rétroflexions peu accentuées et mobiles ; on se contentera de ce traitement s'il est suivi de succès ;
- 4° L'opération d'Alquié-Alexander est souvent difficile, souvent impuissante à redresser l'utérus ; dans certains cas la déviation se reproduit, ou bien les douleurs persistent malgré le redressement. Enfin cette opération ne remédie en aucune façon aux lésions des annexes, qui sont les plus fréquentes ;

5° L'hystéropexie est bien préférable, parce que, grâce à la laparotomie préalable, elle permet le redressement de l'organe et l'ablation des annexes quand elle est indiquée ;

Toutefois, elle n'est pas toujours indispensable et présente quelques inconvénients (fréquence des mictions, douleurs pendant la grossesse, danger d'occlusion ultérieure) ;

6° La laparotomie est préférable à l'hystéropexie, parce qu'elle constitue une méthode plus générale qui laisse à l'opérateur le choix entre la castration simple, la castration avec fixation des pédicules dans la plaie abdominale, ou la fixation simple (hystéropexie ou raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds).

(*La Semaine médicale.*)

* * *

110. — Injection vaginale désinfectante.

Sublimé corrosif.....	0 gr. 1.
Acide phénique.....	20 gr. ».
Acide borique.....	40 gr. ».
Acide salicylique.....	5 gr. ».
Chlorure de zinc.....	10 gr. ».
Eau distillée.....	20 litres.

M. S. — Pour l'usage externe.

FORMULAIRE

Traitement médical de la cellulite pelvienne aiguë.

(JULES CHÉRON).

La cellulite pelvienne aiguë survenant à la suite d'un accouchement ou d'une fausse couche peut présenter, dès le début, une gravité suffisante pour nécessiter le curettage de la cavité utérine suivi d'injections intra-utérines, répétées trois à quatre fois par jour. En pratiquant ainsi, dès la première heure, l'antisepsie intra-utérine, on évite presque toujours une intervention plus sérieuse : l'incision suivie de drainage de l'abcès pelvien.

Lorsque la cellulite pelvienne se montre en dehors de la puerpéralité, son pronostic est plus bénin, dans la grande majorité des cas,

et on peut souvent obtenir la guérison sans intervention immédiate.

Le traitement à mettre en œuvre est le suivant :

1° Repos absolu, au lit, dans le décubitus dorsal et horizontal. Il est bon de placer un coussin, sous le genou du côté malade, la flexion légère de la cuisse sur le bassin diminuant les douleurs.

2° Alimentation liquide, tant que la fièvre persiste : le lait est l'aliment de choix ; s'il est mal toléré, on peut l'administrer additionné d'un peu d'eau de Vichy ; le bouillon de poulet est permis.

3° Maintenir la liberté du ventre à l'aide de laxatifs légers tels que la magnésie calcinée, donnée en cachets de 0,50 centigr. à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

4° Si on voit la malade dès le début de l'affection, appliquer quelques ventouses scarifiées sur la paroi abdominale, du côté douloureux ; ce moyen n'est utile à employer que dans les 2 ou 3 premiers jours.

5° Appliquer en permanence, sur la paroi abdominale, la pommade résolutive suivante :

Sulfo-ichthyolate d'ammonium..... 4 grammes.

Axonge..... 30 grammes.

Cette pommade diminue rapidement les douleurs et active d'une façon incontestable le travail de résolution, toutes les fois que la cellulite n'est pas arrivée d'emblée à la période de suppuration, c'est-à-dire dans les cas relativement peu septiques que nous étudions en ce moment.

6° Faire des injections vaginales chaudes (à 48°), trois à quatre fois par jour, dès que l'état de la malade le permet. On se servira pour cette injection du liquide suivant :

Acide phénique..... 40 grammes.

Glycérine neutre pour dissoudre.... q. s.

Eau distillée..... un litre.

mettre un verre à bordeaux de cette solution dans un litre d'eau chaude à 48°.

7° S'il survient quelques nausées, on les calmera avec la potion de Rivière, administrée, de préférence, dans une petite quantité d'eau de Vichy.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

- I. — SEPTICÉMIE PUERPÉRALE FURONCULEUSE.
- II. — ABUS DE LA CASTRATION.
- III. — PROGRÈS DES TENDANCES CONSERVATRICES DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DES ANNEXES DE L'UTÉRUS.

I. — M. Le Clerc rapporte, dans la *Normandie médicale*, deux observations intéressantes de septicémie puerpérale furonculaire.

La première de ces observations est un cas de septicémie causée par un furoncle d'une garde-malade.

Une jeune primipare accouchée normalement est prise, au cinquième jour, d'un grand frisson, puis tout rentre dans l'ordre. Le septième jour, nouvelle poussée fébrile avec douleurs dans le bas-ventre et diarrhée septique pendant trois jours. Le douzième jour, frissonnement avec réapparition des douleurs abdominales, durant vingt-quatre heures. Le seizième jour, retour des mêmes phénomènes. Le dix-neuvième jour se déclare une dernière poussée inflammatoire, qui fut la plus sévère.

Ce drame septicémique fut la conséquence de l'inoculation de l'accouchée par un furoncle en pleine évolution que présentait à son avant-bras droit la garde-malade. Comme la sage-femme ne venait pas régulièrement, c'est la garde qui faisait la toilette de la malade, toilette succincte pratiquée avec de l'eau tiède légèrement chargée d'eau de Cologne.

Etant donné le point de départ de l'infection, il est à présumer que l'agent infectieux ou, si l'on aime mieux, les staphylocoques, ont pénétré dans l'organisme par la voie lymphatique. On ne saurait penser à la propagation par la muqueuse, car, d'une part, les lochies n'eurent jamais la moindre odeur et, d'autre part, l'utérus lui-même, exploré par le palper et le toucher combinés, ne fut jamais douloureux.

Mais pourquoi l'agent infectieux, une fois en possession de l'organisme, n'a-t-il produit qu'une septicémie bénigne ? En raison sans doute de la nature du germe et du traitement énergiquement antiseptique dirigé tant du côté des voies vaginales que des voies digestives et urinaires.

A ce cas d'infection hétérogène, M. Le Clerc ajoute un cas d'infection autogène observé chez une jeune accouchée atteinte de fièvre puerpérale et qui, au moment de sa délivrance, présentait trois furoncles sur l'avant-bras gauche.

Il existe donc bien une septicémie puerpérale furonculaire qui peut être soit hétérogène soit autogène ; il est par conséquent de la plus haute importance de surveiller les accouchées et leur entourage pour les mettre à l'abri contre une infection toujours plus ou moins sérieuse.

Je me permettrai de rapprocher des observations précédentes un cas de septicémie puerpérale que j'ai eu l'occasion de voir avec mon maître, M. le D^r Chéron.

Il s'agissait d'une multipare, accouchée récemment par une sage-femme qui semblait avoir pris des précautions antiseptiques suffisantes pendant l'accouchement et les jours suivants : nous cherchions en vain la cause de l'infection quand nous avons remarqué l'existence, sur les doigts de la sage-femme, de plusieurs engelures dont quelques-unes étaient ulcérées et recouvertes de croûtes. L'accouchée, après avoir présenté de la vulvite oedémateuse, de la vaginite, de l'endométrite et des lésions doubles des annexes avec péritonite localisée, finit cependant par guérir assez rapidement. Chose curieuse, l'amélioration fut très nette à partir du moment où des injections sous-cutanées faites, sans précautions antiseptiques suffisantes, par

le mari de la malade — le fait se passait dans un petit bourg de province privé de médecin et nous avons cru pouvoir confier au mari le soin de faire des injections hypodermiques d'eau phéniquée — eurent donné lieu à un abcès assez volumineux de l'une des fesses.

La fin de cette observation semblerait justifier les idées émises par M. Fochier (d'Orléans) sur l'utilité de la provocation d'abcès périphériques dans le traitement de la septicémie puerpérale.

II. — Le D^r Guérmonprez (de Lille) proteste avec indignation contre la légèreté avec laquelle certains chirurgiens abusent de l'ablation des annexes de l'utérus. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 25 avril 1892.) Notre confrère cite, d'après le D^r Truesdale (de Rock-Island), quatre faits qui méritent en effet la réprobation de tous les médecins consciencieux.

Dans le 1^{er} cas, une femme consulte un chirurgien pour quelques accidents qui semblent avoir leur départ dans le système utérin. Il examine et constate, dans le bas-ventre, l'existence d'une tumeur grosse comme le poing ; il suppose que cette tumeur est un fibrome et propose l'ablation des annexes. Après cette opération, la tumeur continue à grossir et le ventre continue à se développer ; six mois après l'opération, tout s'explique par un accouchement à terme !

Dans le 2^e cas, un chirurgien est consulté par une femme de constitution robuste qui avait eu régulièrement un enfant tous les deux ans, durant dix années consécutives. Craignant de voir sa famille augmenter indéfiniment, cette femme a l'idée de se plaindre d'une maladie des ovaires : il n'y avait d'ailleurs aucune modification appréciable de ces organes. Néanmoins on décide l'opération et les deux ovaires sont enlevés avec succès. Maintenant le chirurgien et la femme sont également satisfaits, l'un d'avoir pratiqué sans accidents une oophorectomie ; l'autre, de s'être mise à l'abri d'une nouvelle grossesse !

Le 3^e cas est une observation d'ablation des annexes pour

remédier à des idées de suicide provoquées par des soucis conjugaux. Bien entendu, l'amélioration est nulle.

Enfin, pour terminer, une castration pratiquée, sur une jeune fille, sous prétexte d'habitudes de masturbation ! Le plus extraordinaire, c'est que l'opérateur a eu le courage de publier cette observation, comme une chose toute naturelle.

III. — Nous avons à signaler une tendance marquée des gynécologistes à revenir au traitement conservateur des salpingo-ovarites ; cette tendance est destinée à s'accroître encore dans quelques années, nous l'espérons du moins, à mesure que les observations de guérison, sans ablation des annexes, se multiplieront. Citons, pour aujourd'hui, le D^r Mangin (de Marseille), qui consacre, dans la *Gazette de Gynécologie* du 15 août 1892, un excellent article au traitement conservateur des salpingo-ovarites ; le D^r Nitot (de Paris) qui, à la *Société médicale du IX^e arrondissement* (12 mai 1892), préconise la ponction aspiratrice, suivie du lavage immédiat de la poche avec une solution antiseptique de sublimé, dans le traitement des pyo-salpinx de petit et de moyen volume ; citons enfin le D^r Landau (de Berlin) qui, dans un bon travail sur les tumeurs tubaires publié dans le *Centralblatt für Gynaek.* (1892, p. 11), et dans les *Archiv. f. Gynaek.* (vol. XL., fasc. 1) déclare qu'il faut être très réservé au sujet de l'opération radicale. Il affirme, en effet, qu'elle ne donne pas toujours la guérison et rappelle parfois des douleurs très vives. Il considère même la salpingotomie comme contre-indiquée dans l'hydro-salpinx simple qui guérit très bien par le massage, l'hydrothérapie, les narcotiques et au besoin par la ponction vaginale. Dans la pyo-salpingite, il préfère également l'incision vaginale (procédé de Laroyenne) à la laparotomie. Ce n'est que lorsque ces moyens ont échoué qu'il a recours à l'extirpation des trompes.

JULES BATUAUD.

APPLICATION DE LA GALVANO-CAUSTIE THERMIQUE

à la gynécologie,

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(Suite.)

III. Fistules anales.

Les fistules à l'anus dont nous venons de voir l'origine et la prophylaxie en étudiant le mode de formation et le traitement des abcès de la région anale, s'ouvrent tantôt à la fois du côté de la muqueuse rectale et de la peau, tantôt à la surface de la peau sans perforer la muqueuse, tantôt à la surface muqueuse seulement. On appelle les premières, fistules complètes, les secondes, fistules borgnes externes, les dernières, fistules borgnes internes.

Cette première classification n'a aucune importance au point de vue thérapeutique, le seul qui nous occupe en ce moment, la première règle de toute intervention étant de transformer les fistules en fistules complètes, si elles ne le sont pas primitivement.

On a également divisé les fistules anales, eu égard à leur point d'origine, en fistules anales ordinaires ou pelvi-rectales inférieures, fistules pelvi-rectales supérieures et fistules ostéopatiques, les premières ayant pour point de départ une suppuration de l'espace pelvi-rectal inférieur, les secondes de l'espace pelvi-rectal supérieur, les troisièmes tirant leur origine d'une lésion osseuse. Cette classification, admise par M. Duplay (1), a l'avantage d'être complète et de pouvoir servir à la fois pour les descriptions symptomatologiques et pour le groupement des méthodes de traitement. A mon avis, on peut cependant simplifier la question au point de vue pratique et considérer seulement deux cas :

1° La fistule remonte derrière le sphincter interne.

2° La fistule n'arrive qu'en avant des sphincters et en tout cas ne remonte pas au-dessus du sphincter interne.

(1) Traité élémentaire de Pathologie externe, t. VI, fasc. B, p. 405. Paris, Masson, 1881.

Cette distinction est de la plus haute importance car, dans le dernier cas, une opération radicale peut être tentée sans aucun inconvénient ; dans le premier, au contraire, la section des sphincters exposerait à l'incontinence des matières fécales, accident des plus incommodes pour la malade, accident qui ne manquerait pas d'être reproché sévèrement au médecin. L'incontinence n'est pas fatale, a-t-on dit ; de plus, elle n'existe souvent que pendant quelques mois et encore se réduit-elle, d'après M. Gosselin, à l'issue involontaire des gaz ou des matières très liquides. Pour ma part, je ne saurais accepter complètement ces conclusions et, du reste, il suffit que l'incontinence se montre quelquefois après la section des sphincters pour qu'il soit légitime de recourir à un autre procédé opératoire, si surtout, comme je le pense, cet autre procédé permet d'espérer la guérison complète de la fistule.

Les fistules anales ont été traitées par les onguents et les pommades portées dans les trajets fistuleux, par les cautérisations potentielles, les injections irritantes, méthodes insuffisantes et à peu près abandonnées ; par l'excision, méthode très douloureuse, exposant aux hémorrhagies, à l'infection purulente, au rétrécissement du rectum ; par les cautérisations au fer rouge du trajet de la fistule, l'incision au bistouri ou au thermocautère, la section par le fil galvanique, enfin la ligature et surtout la ligature élastique.

Reprenons notre classification :

1° Dans les fistules qui ne remontent pas au-dessus du sphincter interne, les méthodes de cure radicale peuvent être employées sans exposer à l'incontinence des matières fécales ; c'est donc à ces méthodes qu'il faut donner la préférence. Or, quel que soit le moyen employé, elles ont toutes pour but de diviser complètement les tissus situés entre le rectum et la fistule, de manière à la transformer en une plaie externe, dont toute la surface soit accessible aux pansements et dont la cicatrisation s'opère des parties profondes vers la surface.

La section au bistouri a déterminé parfois des hémorrhagies primitives ou consécutives assez abondantes pour causer la mort ; elle est assez souvent suivie d'érysipèle, de phlébite, d'infection purulente parce qu'elle laisse béants le s

orifices d'un grand nombre de vaisseaux lymphatiques et sanguins. Elle doit donc être abandonnée actuellement que l'on possède des moyens moins dangereux.

L'incision au thermo-cautère a été souvent employée dans ces dernières années et vantée à juste raison, car elle supprime une grande partie des accidents imputés à l'incision au bistouri.

Néanmoins elle est très douloureuse et oblige à procéder avec une grande lenteur : elle nécessite des débridements beaucoup plus considérables, le volume des cautères de l'appareil Paquelin étant toujours considérable par rapport à l'exiguité des flèches du galvano-cautère ; en outre, l'eschare du thermo-cautère se cicatrise rapidement et ne détermine pas aussi sûrement que celle du galvano-cautère, la résorption du manchon fibreux qui entoure la fistule. C'est là le point capital, que nous avons longuement exposé dans l'étude physiologique de la galvano-caustie thermique, et qui justifie pleinement le choix que nous avons fait de cette dernière.

Parmi les procédés divers de ligature, la ligature élastique est actuellement reconnue supérieure à toutes les autres, aussi ne nous occuperons-nous que de celle-là.

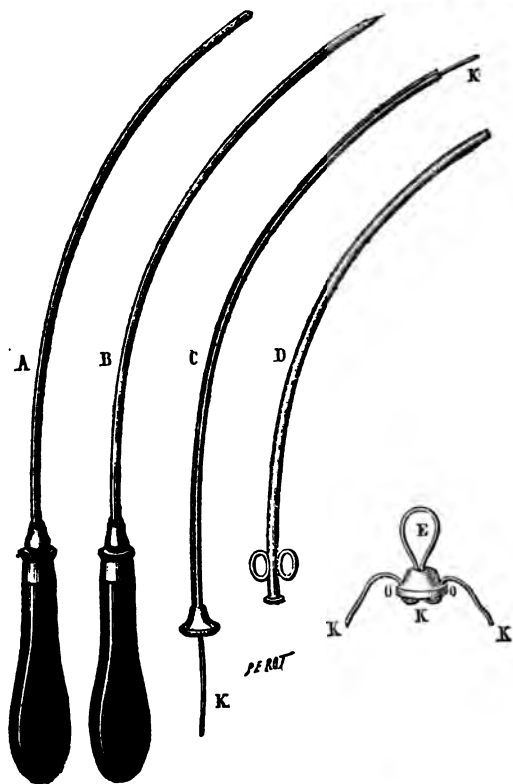
L'emploi également la ligature élastique et la section galvano-caustique et je pratique ces deux opérations à l'aide de l'instrument suivant :

Il se compose d'un tube de trocart courbe, d'un diamètre d'environ deux millimètres et demi et d'une longueur de 16 à 17 centimètres. Ce tube reçoit à volonté une lance de trocart courbe, une tige mousse, toutes deux montées sur un manche, et enfin une canule qui présente, dans toute la longueur de la partie convexe, une fente étroite dont nous verrons plus tard la destination. Un bouton molette situé à une des extrémités de cette canule en facilite la manœuvre.

Le mode opératoire est des plus simples.

Que l'on ait affaire à une fistule borgne ou à une fistule complète, on commence par déterminer sa direction à l'aide d'un stylet explorateur et d'un spéculum anal. Cela fait, on laisse celui-ci en place de manière à laisser libre la partie de la muqueuse vers laquelle chemine la fistule. On introduit alors jusqu'au fond de celle-ci la canule montée sur la tige

mousse; puis, maintenant celle-là en place, à l'aide des deux oreilles dont elle est munie, on retire la tige mousse que l'on remplace par la lance de trocart avec laquelle on pratique une ouverture qui livre en même temps passage à la canule. On retire alors le trocart en maintenant la canule en place et on termine l'opération par la section de la partie charnue comprise entre la fistule et la partie muqueuse de l'anus.



Cette section peut se pratiquer de deux manières :

a) Par la ligature élastique.

Pour cela on fait usage d'un fil de caoutchouc que l'on introduit dans la canule fendue : à l'état ordinaire, il ne peut pénétrer à travers la fente de la canule, mais en le tendant, on diminue son diamètre et il peut alors entrer.

Cette canule porte-fil est introduite ainsi armée dans le tube de trocart que l'on a maintenu dans la fistule et l'extrémité

de caoutchouc apparaît dans le rectum où on le saisit avec une pince que tient un aide. Tendant alors fortement le fil, on dégage la canule fendue de l'intérieur du tube de trocart et enfin on retire celui-ci de la fistule. Il ne reste plus qu'à nouer les deux chefs du fil de caoutchouc de manière à enserrer les tissus. Mais cela ne suffit pas ; ce qui est préférable, c'est de pouvoir régler la constriction du fil de manière à la diminuer si la malade souffre trop et enfin de l'augmenter au fur et à mesure que se fait la section. Pour cela j'emploie un petit cylindre de buis, de 8 à 10 millimètres de diamètre et 3 à 4 millimètres de hauteur et présentant un rebord à une de ses extrémités, ce rebord est muni de deux entailles et le cylindre est perforé à son centre, dans toute sa hauteur. Les deux bouts du fil de caoutchouc sont introduits ensemble et dans le même sens dans le trou central, par l'extrémité dépourvue de rebord ; on règle la tension du fil et on la maintient en fixant les deux portions de celui-ci dans les entailles décrites ci-dessus.

Par ce procédé, le sectionnement s'opère sans hémorrhagie, mais il dure en moyenne 8 à 9 jours. Aussi ne doit-on l'employer que chez des malades pusillanimes, qui redoutent les opérations et ne veulent point entendre parler de chloroforme.

b) Par le fil galvanique.

C'est le procédé d'élection.

Le fil de platine est introduit à froid dans le tube du trocart ; quand son extrémité apparaît dans le rectum, on le saisit avec une pince et on retire la canule. A l'aide de pinces à artères modifiées dans ce but, on met alors les deux extrémités du fil en rapport avec les deux pôles de la pile à galvanocautère ou de l'accumulateur et le fil rougit. Par des tractions légères et des déplacements successifs (analogues à la manœuvre de la scie à chaîne) on sectionne sans hémorrhagie tout ce qui est compris entre la fistule et le rectum.

Si, après cette première section, en écartant les lèvres de la plaie on voit des diverticules, des parties décollées ou indurées, on en poursuit la destruction complète avec la flèche aiguë du galvano-cautère et on réunit tous les trajets secondaires à la grande incision de l'anse de platine. Ce n'est qu'à ce prix qu'on est assuré d'avoir une guérison définitive, et

cela peut se faire sans grands délabrements, contrairement à ce qui arrive quand on se sert du thermo-cautère.

On obtient ainsi une plaie bien ouverte, facilement et rapidement cicatrisable par des pansements antiseptiques, consistant en applications quotidiennes ou même biquotidiennes d'ouate imbibée d'une solution au 1/1000^e d'acide picrique et bien tassés sur toute la partie sectionnée.

OBSERVATION VIII.

Fistule à l'anus complète, ne remontant pas au-dessus du sphincter interne et déterminant une congestion réflexe de l'appareil utéro-ovarien. Guérison de la fistule par l'anse galvanique. Disparition rapide de la congestion utérine.

Alphonsine B..., âgée de 25 ans, est envoyée dans mon service pour une fistule à l'anus par laquelle il y a issue continuelle d'un pus sanieux, de gaz et de matières fécales seulement lorsqu'elle a la diarrhée. Forte et bien constituée, cette personne, qui est venue à Paris pour exercer la profession de domestique, il y a 4 ans, fait remonter l'origine de la fistule à il y a deux ans. A cette époque, elle aurait eu un petit abcès de la marge de l'anus qui l'a fait beaucoup souffrir pendant cinq jours, puis l'abcès s'est ouvert et immédiatement les douleurs ont disparu. Ce n'est que deux mois après qu'elle s'est aperçue qu'elle rendait des gaz et des matières par un petit orifice situé près de l'anus ; elle remarqua dès lors que son linge était continuellement taché de pus. Bien réglée auparavant et n'ayant jamais eu de douleurs dans le ventre, elle a vu ses règles devenir irrégulières et douloureuses, elle a éprouvé, dans l'intervalle des époques, une sensation de pesanteur dans le ventre, des douleurs dans les reins et a eu quelques pertes blanches. La malade n'a eu ni enfants ni fausses couches.

A l'examen, je trouve :

1^o Du côté de l'anus une fistule complète dont l'orifice externe est à deux centimètres de l'anus, cachée entre deux plis radiés légèrement hypertrophiés et dont l'orifice interne est situé au lieu d'élection, entre les sphincters interne et externe.

2^o Du côté de l'utérus une congestion chronique avec légère tendance à l'œdème du col, leucorrhée cervicale peu accentuée, et névralgie lombo-abdominale.

D'après les commémoratifs, je pense que les troubles utérins

sont secondaires et qu'il faut guérir avant tout la fistule. La malade ayant accepté l'opération, celle-ci est faite, huit jours après l'entrée, de la façon suivante :

Alphonsine B... est placée dans la position de l'examen au spéculum ; j'introduis à travers la fistule mon trocart courbe dans lequel je fais passer un fil de platine ; celui-ci est saisi, dans le rectum, à l'aide d'une pince et attiré au dehors. Je place dans le rectum un petit gorgeret de bois que je confie à un aide, et saisissant le fil de platine, à quelques centimètres des orifices de la fistule, avec des pinces spéciales en rapport avec les deux pôles de l'accumulateur, je fais passer le courant et sectionne, en une minute, tout le pont charnu compris entre la fistule et le rectum. Cette section est opérée sans hémorrhagie. Ecartant alors soigneusement les deux lèvres de la plaie, je constate qu'il n'y a pas de trajet secondaire à inciser avec la flèche galvanique et à réunir au premier. Je me contente alors de placer une mèche de coton pieriquée dans l'incision.

La cicatrisation fut rapide, les eschares tombèrent au bout de huit jours sans hémorrhagie, des bourgeons charnus apparurent et la guérison fut complète en quinze jours.

A ce moment, la malade eut ses règles et constata que depuis longtemps elles ne s'étaient pas passées sans aussi peu de douleurs. J'examinai le col, quelques jours après la menstruation, et je vis qu'il était beaucoup moins congestionné, qu'il n'y avait pas trace d'œdème et que la leucorrhée avait diminué parallèlement. En même temps la névralgie lombo-abdominale disparut sans traitement spécial. Quelques pansements glycinés suffirent à terminer la guérison.

Alphonsine B... est revenue, un an plus tard, dans mon service pour une uréthrite et j'ai pu constater que la guérison de la fistule s'était maintenue.

J'ai rapporté cette observation parce qu'elle montre qu'une fistule à l'anus peut être le point de départ de troubles utérins persistants, chez une malade qui n'a eu ni enfants ni fausses couches.

J'ai opéré, par l'anse galvanique, environ trente fistules complètes ne dépassant pas le sphincter interne. Dans tous ces cas, la guérison a été complète, sans accidents immédiats et sans incontinence, même passagère, des matières fécales.

2° Telle est donc la méthode à suivre dans le cas où la fistule ne remonte pas au-dessus du sphincter interne.

Lorsque la fistule a son orifice muqueux au-dessus des sphincters, j'abandonne les opérations radicales pour les raisons données plus haut. Nous restons donc en présence des cautérisations du trajet fistuleux avec les caustiques, la teinture d'iode iodurée (Boinet), le fer rouge et enfin le cautère galvanique.

Les caustiques, comme les flèches de pâte de Canquoin, sont excessivement douloureux et très dangereux ; la teinture d'iode est le plus souvent inefficace et ne peut guère s'appliquer qu'au traitement des fistules borgnes externes ; le fer rouge expose à la formation de phlegmons ou de cicatrices vicieuses ; il serait en outre d'une application difficile.

Il est facile au contraire de donner au fil de platine, deux fois replié en forme de cautère mousse, la longueur suffisante pour lui bien faire suivre sans violence le trajet fistuleux, puisqu'on peut l'introduire froid et l'avoir très flexible, de protéger le rectum avec un spéculum anal ou un gorgéret quelconque, enfin de faire rougir le cautère pendant le temps nécessaire à la formation d'une eschare non cicatricielle, qui amènera la résorption du manchon fibreux de la fistule et permettra la guérison.

Pour obtenir sûrement ce résultat, on est obligé de pratiquer, si les tissus sont très indurés, des scarifications ignées longitudinales dans toute la longueur du manchon fibreux et sur toute sa surface, de manière à créer une sorte d'entonnoir dont la partie évasée soit à la périphérie. On transforme ainsi la fistule en une plaie ordinaire, grâce à la suppression de l'induration, et cette plaie, partout accessible à l'action des topiques, se cicatrisera peu à peu, de la profondeur vers la surface cutanée, si l'on fait des pansements appropriés. Les caustiques, tels que le nitrate d'argent, la liqueur de Villate, etc., seront employés concurremment avec les pansements antiseptiques, représentés par les mèches imbibées d'acide picrique ou les tentes de gaze iodoformée, les applications d'acide salicylique, etc.

OBSERVATION IX.

Fistule anale complète dépassant les sphincters de 1 centimètre, induration considérable du trajet fistuleux. — Scarifications galvano-caustiques, pansements antiseptiques et nitrate d'argent. — Guérison.

Lucie A..., 28 ans, entre dans mon service pour une vulvo-vaginite. En l'examinant complètement, j'aperçois, sur la marge de l'anus, un petit orifice en cul-de-poule, rosé, par lequel s'écoule un peu de pus sanieux. La malade avoue avoir eu un petit abcès de cette région, il y a un an ; elle n'y attacha pas d'importance, le laissa s'ouvrir tout seul, ne prit aucune précaution et s'aperçut quelque temps après qu'il y avait, par cet orifice, issue de gaz et quelquefois de matières fécales, lorsqu'elle avait de la diarrhée. J'introduis un stylet de trousse dans cet orifice et je constate l'existence d'une fistule de 6 centimètres d'étendue se dirigeant obliquement vers le rectum. Par le toucher rectal je sens facilement le stylet à nu, dans l'ampoule rectale, à 1 centimètre au-dessus du sphincter interne. L'induration du trajet fistuleux est considérable et atteint 5 centimètres d'épaisseur. Je proposai à la malade la cautérisation du trajet fistuleux par la flèche galvano-caustie thermique, connaissant par expérience le peu d'efficacité des liquides caustiques. Elle fut acceptée et pratiquée de la façon suivante :

Un petit gorgeret de bois est placé dans le rectum le long de la paroi opposée à l'entrée de la fistule et confié à un aide. Je m'assure de nouveau de la direction exacte de la fistule avec un stylet flexible et donne à la flèche même du galvano-cautère la même courbure et la même direction. Je rougis alors la flèche avec les accumulateurs pendant une minute environ et je retire l'instrument. Malgré cela, je crains que la destruction du manchon fibreux soit insuffisante, et par l'orifice externe agrandi par la flèche galvanique, j'introduis un scarificateur uni-latéral et, l'enfonçant jusqu'à l'orifice interne exclusivement, je le fais rougir en appuyant d'autant plus sur les tissus que je me rapproche de la périphérie. Je pratique ainsi quatre scarifications longitudinales et j'obtiens finalement un entonnoir qui a bien 4 centimètres de diamètre à sa base. Le stylet, introduit dans toutes les directions, montre qu'il ne reste plus de trajet non cautérisé. Pansement picrique. Diète et opium pour constiper les premiers jours : plus tard légers laxatifs pour éviter les efforts de défécation. Bains de siège répétés.

Au bout de dix jours les eschares tombent sans hémorrhagie et des bourgeons charnus apparaissent dans toute l'étendue de la plaie. Pour obtenir la cicatrisation du fond vers la surface, on continue toujours à introduire des mèches picriquées dans la plaie. Les bourgeons exubérants sont réprimés avec le crayon de nitrate d'argent.

Au bout d'un mois la cicatrisation était presque complète, mais les parties avalent de la tendance à s'indurer ; aussi je fis deux fois par semaine, des scarifications au bistouri, avant d'appliquer le pansement. Quinze jours plus tard, la guérison était complète et définitive, car la malade a été revue plus tard et je pus constater, par le toucher rectal, que l'orifice interne s'était oblitéré.

Pour les fistules borgnes externes de la marge de l'anüs s'étendant surtout en largeur et restant à une assez grande distance du rectum, le manuel opératoire peut être très différent. C'est ainsi qu'on peut, avec avantage, dans le cas de fistules cutanées multiples, avec induration étendue des parties, exciser toute la région indurée à l'aide de la serpette du galvano-cautère et faire des pansements susceptibles d'amener la réparation, du fond vers la surface, de la partie excisée. Une bonne précaution à prendre, consiste dans les scarifications répétées pour éviter l'induration des tissus de nouvelle formation qui viennent combler la perte de substance.

C'est ce que j'ai fait dans les cas suivants :

OBSERVATION X.

Fistules cutanées multiples du périnée. — Opération par la galvano-caustie thermique. — Guérison.

Stef... Marie, 28 ans, entre dans mon service, à Saint-Lazare, salle 7, n° 3, le 17 novembre 1886, avec le diagnostic d'urétrite et de vaginite.

Réglée à 17 ans, régulièrement, 3 jours chaque mois, sans douleurs, elle n'a eu ni enfants ni fausses couches.

D'une bonne santé habituelle, elle n'a jamais eu d'affection vénérienne et vient pour la première fois dans le service.

Il y a un an, elle a souffert, à la suite de constipation opiniâtre, dit-elle, d'un abcès péri-anal qui a été soigné par un médecin en ville.

Deux ou trois mois après, l'abcès s'est de nouveau ouvert,

spontanément et, depuis ce temps, il sort continuellement du pus, en petite quantité, par plusieurs orifices situés sur la fesse gauche, à peu de distance de l'anus.

A l'examen on trouve une uréthrite et une vaginite blennorrhagiques qui, pour n'y plus revenir, sont traitées par les injections vésicales astringentes, le tannin, les badigeonnages de teinture d'iode, etc., une hypertrophie du méat uréthral et une marisque.

Sur la fesse gauche, près de l'anus, on trouve une région indurée sur une étendue de 4 centimètres de diamètre environ, au milieu de laquelle s'ouvrent deux orifices fistuleux communiquant ensemble et aboutissant dans une sorte de clapier à bords indurés, sans communication aucune avec le rectum. La fistule la plus rapprochée de l'anus par son orifice externe s'éloigne obliquement du rectum et a une profondeur de 4 centimètres. Du pus sort par les orifices fistuleux.

Le 11 décembre 1886, nous administrons le chloroforme à la malade, la résolution est bientôt complète, malgré quelques spasmes du larynx qui se montrent au début de la chloroformisation.

J'opère alors de la façon suivante : Introduisant une sonde cannelée dans la fistule inférieure et en suivant le trajet qui se dirige vers la fourchette, j'incise, sur la sonde cannelée, avec le couteau du galvano-cautère porté au rouge par les accumulateurs, tout le point cutané situé au-dessus de la fistule. A la partie supéro-interne de cette première incision, une petite artériole donne du sang : on applique en ce point une pince à forcipressure.

La sonde cannelée est introduite alors dans le second trajet fistuleux, presque perpendiculaire au premier. Section des tissus avec le couteau du galvano-cautère, sans hémorrhagie, pénétrant à 2 centimètres de profondeur.

On a ainsi une incision cruciale dont les 4 angles sont saisis successivement avec une pince, et les 4 lambeaux triangulaires ainsi formés sont excisés avec la serpette du galvano-cautère alimenté par les accumulateurs.

Malgré cette large perte de substance de 20 centimètres carrés au moins, il reste encore des points indurés qui sont cautérisés à plat avec le couteau courbe du galvano-cautère.

Pansement à l'acide picrique.

Les suites de l'opération sont excellentes ; pas de fièvre, pas d'hémorrhagie au moment de la chute des eschares. Pansement iodoformé tous les jours et, tous les trois jours, scarifications

du tissu qui comble la large perte de substance au niveau de la fesse gauche, pour éviter l'induration. Attouchement du fond avec le nitrate d'argent.

Le 10 février 1887, il ne reste plus qu'une petite dépression à combler ; la plaie, qui s'est considérablement réduite a très bon aspect.

IV. Polypes du rectum.

L'histoire des polypes du rectum est ancienne, mais autrefois on désignait sous ce nom toutes les tumeurs pédiculisées du rectum, quelle que fût leur nature, maligne ou bénigne, quel que fût leur point d'implantation sus ou sous-sphinctérien. Actuellement on ne considère plus comme polypes du rectum que des tumeurs bénignes, constituées par la muqueuse rectale hypertrophiée dans l'un de ses éléments ou dans leur totalité (Daniel Mollière) et on sait que les polypes sous-sphinctériens de Chassaignac sont tantôt des papillomes pédiculisés, tantôt des condylomes, tantôt des hémorroïdes sèches, si bien qu'ils n'ont rien à voir avec les véritables polypes du rectum.

Ces derniers se divisent en deux variétés : *polypes durs* ou *fibreux* et *polypes mous* ou *muqueux*.

Insérés en général sur la paroi postérieure du rectum, à 2 ou 3 centimètres, plus rarement à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anus, ils ont un pédicule constitué par la muqueuse rectale entraînée en bas par la traction exercée sur la tumeur fibreuse ou glandulaire pendant les efforts de défécation. La muqueuse rectale pédiculée forme ainsi une sorte de mésentère à la tumeur et contient ses vaisseaux nourriciers (une artère et deux veines satellites) parfois volumineux et battant sous le doigt explorateur. Quelquefois, lorsque l'insertion du polype est très élevée, ce qui est l'exception, un cul-de-sac péritonéal peut s'engager dans le pédicule du polype.

Le pédicule des polypes muqueux est le plus souvent long et mince, celui des polypes fibreux court et épais.

La nature histologique des tumeurs elles-mêmes commence à être mieux connue et l'on sait que la variété fibreuse est ordinairement constituée par des fibro-myomes, plus rarement par de véritables papillomes, tandis que les polypes

muqueux sont des adénomes ou hypertrophie des glandes de l'intestin.

Les détails anatomo-pathologiques qui précèdent suffisent au lecteur pour apprécier les divers procédés de traitement que j'ai à discuter dans cet ouvrage. Il faut bien avouer du reste qu'il s'agit d'une affection rare (Allingham n'a observé que 16 polypes sur 4000 maladies du rectum), contre laquelle le gynécologiste a rarement l'occasion d'intervenir.

L'arrachement combiné avec la torsion n'est applicable qu'aux polypes muqueux, exceptionnels chez les adultes, encore a-t-il quelquefois donné lieu à des hémorrhagies qu'on a été obligé de cautériser au fer rouge. Divers procédés de *ligature* ont été proposés : la *ligature simple* peut suffire pour les pédicules grêles ; mais si le pédicule est épais, il faut, pour éviter les hémorrhagies secondaires, appliquer des ligatures multiples en traversant le pédicule en différents sens, comme l'ont fait Roux et Huguier. La *ligature élastique* serait préférable *à priori*, mais elle a été trop rarement employée jusqu'ici pour qu'il soit permis de porter sur elle un jugement définitif.

Les hémorrhagies parfois considérables qui surviennent dans l'expulsion spontanée des polypes du rectum doivent faire abandonner l'*excision simple* ; quant à l'excision après ligature, elle n'offre aucun avantage sur les autres procédés.

Il serait plus rationnel d'appliquer un *clamp* sur le pédicule et de le laisser en place jusqu'à la chute de la tumeur, comme l'a fait Allingham, ou de pratiquer l'*écrasement linéaire*, suivant la méthode de Chassaignac, qui donne de bons résultats lorsque le pédicule est épais et résistant.

Néanmoins, il est encore plus commode, surtout si l'insertion du polype est un peu élevée dans le rectum, de placer une anse de platine sur le pédicule. En prenant la précaution de serrer un instant l'*anse galvanique* avant de faire passer le courant, de manière à opérer une constriction préalable des vaisseaux, on est certain, quelque volumineux que soient ces derniers, de pratiquer la section sans avoir une goutte de sang. C'est donc ce procédé qui méritera le plus souvent d'être choisi par le gynécologiste, puisqu'il n'aura

probablement l'occasion de traiter que des polypes fibreux, à gros pédicule, contenant des artères volumineuses.

C'est à ce procédé que j'ai eu recours dans les cas suivants :

OBSERVATION XI.

Nombreux polypes fibreux du rectum et du vagin déterminant des entérorrhagies et des métrorrhagies abondantes. — Ablation avec l'anse galvanique. — Guérison.

Madame X..., âgée de 32 ans, sœur de la malade qui fait le sujet de l'observation suivante, se présenta, lorsqu'elle me consulta pour la première fois, avec une faiblesse et une anémie considérables facilement expliquées par les pertes abondantes de sang qu'elle avait eues, aussi bien par le rectum que par les voies génitales, depuis plusieurs années.

En l'examinant, je trouvai dix petits polypes fibreux dans le vagin, une vingtaine de polypes de même nature étagés sur la paroi postérieure du rectum les uns à 2 centimètres, les autres 3, 5, 6 centimètres au-dessus de l'anus. Le pédicule de ces polypes rectaux était court et gros, contenait des artères faciles à sentir battre sous le doigt explorateur ; seul, le plus inférieur et le plus gros de ces polypes, du volume d'une grosse noisette, avait un pédicule assez long, ce qui le rendait procident pendant les efforts de défécation. La malade arrivait cependant sans trop de difficulté à le réduire dans le rectum.

Les symptômes locaux éprouvés par Mme X... consistaient en des entérorrhagies parfois considérables ; les matières étaient rendues entourées de glaires sanguinolentes et il y avait fréquemment du ténesme rectal. Les règles étaient devenues irrégulières, doublées et remplacées par de véritables pertes de sang.

L'examen de l'utérus révéla une congestion active de tout l'appareil utéro-ovarien ; au toucher, la matrice était en véritable érection, comme cela arrive physiologiquement au moment des règles. Cette congestion active, de nature réflexe, était évidemment la cause des métrorrhagies accusées par la malade.

Dans ces conditions, il n'y avait pas à hésiter et une intervention chirurgicale était nécessaire.

Mme X... fut soumise aux inhalations de chloroforme et, lorsque la résolution fut complète, je dilatai légèrement le rectum avec deux doigts et je maintins la région découverte à l'aide de deux écarteurs que je confiai à mes aides.

Je plaçai alors l'anse galvanique sur le polype rectal le plus

facile à atteindre et je serai l'anse, puis je fis passer le courant fourni, à cette époque, par une pile à galvano-caustie thermique. La section se fit, en moins d'une minute, sans hémorrhagie et fut suivie d'une irrigation d'eau froide. J'enlevai ainsi, les découvrant l'un après l'autre et les saisissant au préalable avec une pince à dents de souris une vingtaine de polypes du rectum que l'examen histologique démontra composés de fibres musculaires lisses, analogues de tous points à ce qu'on trouve dans les fibromes utérins.

Les fibromes du vagin furent opérés de la même façon.

Une grande irrigation froide fut pratiquée dans le rectum et dans le vagin après l'opération.

Les suites opératoires furent excellentes ; il n'y eut aucune réaction fébrile, pas d'hémorrhagie secondaire ; pas de récive.

La congestion utérine disparut promptement sous l'influence de quelques soins et les métrorrhagies cessèrent aussitôt. Grâce à un traitement tonique et reconstituant, la santé fut elle-même bientôt rétablie et de la façon la plus complète.

OBSERVATION XII.

Polypes fibreux du rectum coïncidant avec une endométrite cervicale. Ablation des polypes par l'anse galvanique. — Guérison.

Mme Y..., sœur de la précédente, âgée de 38 ans, avait à peu près les mêmes symptômes morbides et en particulier les entérorrhagies, la fausse entérite glaireuse et le ténésme rectal.

Chose curieuse ! elle avait également une quinzaine de polypes fibreux du rectum, mais je ne trouvai pas, chez elle, de polype du vagin. En revanche, elle avait une endométrite cervicale ancienne que je me décidai à opérer en même temps que les polypes.

Je les enlevai, comme dans l'observation précédente, à l'aide de l'anse galvanique : la malade ayant été anesthésiée, placée dans le décubitus dorsal, les cuisses fortement repliées sur le bassin, les polypes furent mis à nu à l'aide de deux écarteurs placés sur les parois latérales du rectum et confiés à des aides. Chaque polype était au préalable saisi avec une pince à dents de souris et attiré en bas pendant que je plaçais l'anse sur le pédicule. Pour les polypes les plus élevés je fus obligé de me servir des tubes de Gooch pour placer le fil de platine, mais, à part cette manœuvre un peu délicate l'opération ne présenta pas de grandes difficultés.

Je profitai de l'anesthésie pour faire des scarifications longitudinales du canal cervical pour combattre l'endométrite coexistante.

L'opération dura 3/4 d'heure et se fit sans aucune hémorrhagie. Les soins consécutifs furent ceux que je prends après toutes les interventions gynécologiques : Repos au lit pendant huit jours ; diète avec bouillons et lait la première journée, potion au bromure de potassium et à la teinture d'aconit, cachets de sulfate de quinine ; glace en permanence sur le ventre.

Les suites de l'opération furent simples ; il n'y eut ni fièvre ni hémorrhagie secondaire et la récurrence de l'affection du rectum n'eut pas lieu davantage que chez la malade qui fait le sujet de l'observation XI.

Ces deux observations sont très-intéressantes au triple point de vue du nombre des polypes du rectum dans les deux cas, des métrorrhagies réflexes qu'ils entraînaient et enfin de la coïncidence de cette affection rare, chez les deux sœurs.

Pourrait-on faire intervenir la notion d'hérédité dans l'étiologie des polypes du rectum ? Les observations sont encore trop peu nombreuses pour résoudre cette question qui mérite d'après les faits que je viens de rapporter, d'attirer toute l'attention des médecins.

V. Condylomes.

Si les auteurs anciens ont dénommé condylomes des lésions diverses comme les marisques, les syphilides papulo-hypertrophiques et tuberculeuses, l'hypertrophie inflammatoire simple des plis radiés de l'anus, on est aujourd'hui d'accord pour réserver ce nom à l'hypertrophie du derme des plis radiés consécutive à une dermite chronique.

L'étiologie et la pathogénie de cette affection sont de tous points semblables à celles des papillomes de l'anus que nous étudierons en détail dans l'article suivant. Aussi, pour éviter les redites, dois-je passer immédiatement au traitement.

Une seule méthode de traitement est applicable au condylome, je veux parler de l'excision qu'on pratique soit avec les ciseaux courbes soit à l'aide de la galvano-caustie.

Lorsque le condylome est très ancien et très volumineux, implanté sur une large base, l'excision avec les ciseaux

entraînerait une perte de substance considérable et pourrait donner lieu à la production d'un tissu cicatriciel qui gênerait les fonctions du rectum. C'est pourquoi je préfère, dans ces cas graves, commencer par pédiculiser la tumeur à l'aide de mon forcipresseur à lames parallèles, et exciser, avec la serpette du galvano-cautère, toute la partie qui dépasse les lames du forcipresseur. Afin d'avoir une cicatrice linéaire, je passe un certain nombre de fils d'argent au-dessous de ces dernières avant de pratiquer l'excision, puis, l'opération terminée et le forcipresseur étant enlevé, je n'ai qu'à serrer les sutures superposées, pour obtenir un affrontement très régulier.

Un paquet d'ouate imbibée d'une solution d'acide picrique et maintenu par un bandage en T constitue le seul pansement qu'on doit répéter tous les jours. Les fils d'argent sont enlevés cinq à six jours après l'opération et la réparation se fait rapidement sans laisser de cicatrice, sans entraîner de déformation fâcheuse de l'orifice anal.

OBSERVATION XIII

Condylomes de la partie antérieure de l'anus avec fistules multiples du rectum. — Ablation des condylomes par le forcipresseur à lames parallèles et le galvano-cautère. — Guérison.

Henriette V., 40 ans, entre dans mon service pour des condylomes et des fistules multiples à l'anus.

Il existait, à la partie antérieure de l'anus, une tumeur, grosse comme un œuf de poule manifestement déterminée par une hypertrophie considérable de la peau de la région et divisée en trois lobes principaux ; le lobe gauche était divisé lui-même en deux lobes secondaires séparés par une légère dépression. La surface de cette tumeur était lisse et régulière, sa consistance ferme et dure ; elle était insensible au toucher.

La malade étant endormie, je pus saisir la totalité de la tumeur entre les lames de mon forcipresseur et je serrai les pinces au premier cran après avoir massé et pédiculisé la base d'implantation par des mouvements alternatifs de pression et de relâchement des deux pinces. J'attendis quelques minutes pour assurer une ischémie parfaite. Je passai alors sur les lames exter-

nes du forcipresseur le couteau du galvano-cautère et la section fut pratiquée sans hémorrhagie.

Je desserrai lentement le forci-presseur ; il ne vint pas une goutte de sang. J'appliquai sur la partie un paquet d'ouate, picriqué maintenu par un bandage en T.

L'eschare tomba, sans hémorrhagie, le dixième jour, et la plaie se mit à bourgeonner. On continua les pansements à l'acide picrique et quinze jours plus tard la guérison était complète sans aucun incident digne d'être noté.

Les fistules furent opérées plus tard à l'aide de l'anse galvanique, leur orifice interne étant situé entre les deux sphincters et la malade sortit du service, complètement guérie deux mois après son entrée.

CHAPITRE II

Maladies de la vulve.

La grande majorité des tumeurs de la vulve sont susceptibles d'être traitées par la galvano-caustie thermique, néanmoins, pour ne passer en revue que les affections les plus fréquentes, je parlerai uniquement des *papillomes* ou *végétations*, de l'*hypertrophie des lèvres*, de l'*esthioménie* des *kystes de la glande de Bartholin*, des *fistules vulvo-rectales* et des *cicatrices douloureuses de l'hymen*. Il m'a semblé peu utile de décrire ici le traitement du cancer de la vulve, et des autres tumeurs qu'on y rencontre d'une façon exceptionnelle ; il me suffira de dire que l'emploi du forcipresseur à lames parallèles et du galvano-cautère, en suivant les règles que je donne plus loin pour l'ablation des lèvres hypertrophiées, me paraît le procédé le plus sûr et le plus digne d'être recommandé.

I. Papillomes de la vulve et de l'anus.

Les papillomes ou végétations (poireaux, choux-fleurs, crêtes de coq) de la vulve et de l'anus sont des hypertrophies des papilles normales du derme avec un revêtement épithélial plus ou moins développé.

Ils se présentent, le plus souvent, sous la forme de petites

masses grenues, isolées ou confluentes, susceptibles, par exception, de prendre un grand développement et de former ainsi de grosses tumeurs très-sensibles et très-vasculaires qui immobilisent les malades et peuvent donner lieu à des hémorrhagies. Ces tumeurs papillomateuses apparaissent d'ordinaire sous l'influence d'irritations locales, produites par des écoulements vulvaires, vaginaux ou utérins, l'absence de soins d'hygiène et la présence de syphilides papulo-hypertrophiques sur lesquelles elles se développent quelquefois, ce qui a pu faire croire, bien à tort, à la nature syphilitique des végétations.

Lorsqu'ils sont très-petits et peu nombreux, les papillômes sont combattus par l'application d'un mélange de poudre de sabine, alun et oxyde de fer, par des attouchements avec la teinture de thuya ou l'acide acétique cristallisé ou le nitrate d'argent et le zinc métallique.

Les végétations plus volumineuses réclament un traitement chirurgical.

La cautérisation par le fer rouge, procédé effrayant et douloureux n'atteint, lorsqu'on l'applique à plat, que les parties tout à fait superficielles. Aussi son emploi, compris de cette façon, doit-il être abandonné.

On a préconisé, dans ces derniers temps, et employé la ligature élastique, moyen bien supporté, mais qui présente deux inconvénients : le premier de n'être applicable qu'à un petit nombre de cas, le second de laisser persister une portion néoplasique susceptible de repulluler.

Le raclage avec la cuillère tranchante de Simon, que j'ai pratiqué un certain nombre, de fois est d'un emploi facile, mais assez douloureux et je crains que son action trop peu profonde ne favorise les récidives.

L'ablation des gros papillômes de la vulve par le bistouri n'est ni sans difficulté ni sans danger, vu la laxité des tissus, l'irrégularité et le peu de fermeté des parties, aussi la pédiculisation de ces tumeurs, facilitée par les raisons mêmes que je viens de mentionner me semble-t-elle devoir être mise en œuvre dans le double but de permettre l'ablation rapide et sans hémorrhagie, par la galvano-caustie thermi-

que et la réunion immédiate et régulière des lèvres de la plaie.

Cette pédiculisation, peu pratique avec les instruments dont nous disposons, se fait facilement avec l'instrument que j'ai fait construire par M. Collin et auquel j'ai donné le nom de *forcipresseur à lames parallèles*, composé de deux casseaux ou lames parallèles en buis, en ivoire ou en os, de longueur, de largeur et d'épaisseur variables, traversées sur la tranche, à leurs extrémités, par deux tiges d'acier passant librement dans les trous percés dans ces deux lames.

A chaque extrémité, se placent deux pinces à crémaillère qui rapprochent et maintiennent, complètement appliquées l'une contre l'autre, les deux lames d'ivoire ou de buis, lorsque les crémaillères sont accrochées. Les mors des pinces sont percés à leur centre d'un trou qui laisse passer librement la tige d'acier. L'écartement laissé entre les deux mors de chaque pince, lorsque la crémaillère est accrochée, est égal à la largeur des deux lames.

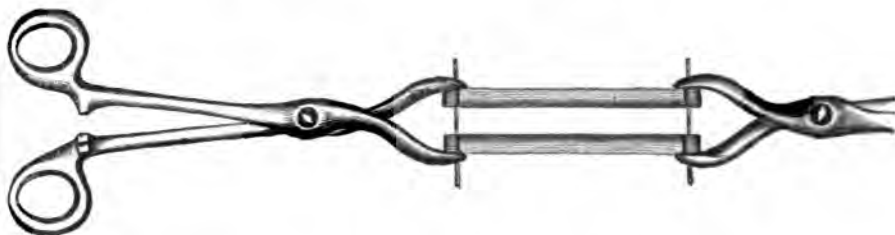
Dans ces conditions, pour se servir de l'instrument, on place à la base de la partie qu'on veut pédiculiser, les deux casseaux parallèles munis de leurs tiges d'acier, puis on place les deux pinces, et par des mouvements alternatifs de serrement et de relâchement, pratiqués avec l'une et l'autre pince, les deux lames font une sorte de massage qui diminue peu à peu l'épaisseur du pédicule.

Lorsque cette épaisseur est réduite à quelques millimètres, on accroche les crémaillères par un mouvement lent ou brusque, suivant la résistance des parties, et la tumeur se trouve pédiculisée.

Chaque pince, étant mobile autour de la tige d'acier qui traverse ses mors, est confiée aux aides, et l'une et l'autre servent avec avantage à diriger la tumeur, à l'abaisser ou à la maintenir, suivant le désir du chirurgien ou les besoins de l'opération.

La portion de tumeur ainsi séparée par le forcipresseur à lames parallèles, est, au premier moment, turgide et violacée, mais, peu à peu, elle pâlit et devient moins résistante. La douleur perçue par la malade est instantanée, elle dure quinze à vingt secondes et est très supportable.

Le forcipresseur à lames parallèles est laissé en place pendant une dizaine de minutes ; à ce moment, le tassement de la partie étranglée est arrivé à son maximum, l'ablation de



la tumeur peut être faite, soit avec le bistouri, soit avec le galvano-cautère ou le thermo-cautère. Je donne la préférence à ces derniers qui offrent sur l'instrument tranchant les avantages suivants : l'absence d'hémorrhagie, la facilité de la réunion immédiate et une grande rapidité d'action.

La production d'une eschare mince ou épaisse, qui maintient en contact les lèvres de la plaie, permet d'établir une suture au premier moment ou d'appliquer des serre-fines sans mettre à l'air les parties profondes, c'est-à-dire d'obtenir malgré l'eschare, très minime il est vrai, une réunion par première intention.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—
ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juillet.

—
SUR L'ALLAITEMENT DES NOUVEAU-NÉS

M. BUDIN lit, en son nom et au nom de M. CHAVANNE, son interne, un travail relatif aux résultats qu'il a obtenus par l'allaitement mixte (lait maternel et lait d'ânesses, lait maternel et lait stérilisé) et par l'allaitement par le lait stérilisé seul. Ce travail peut se résumer ainsi :

L'allaitement mixte avec le lait d'ânesses a donné de bons résultats, mais le prix qu'il coûte a empêché d'en faire usage sur une grande échelle à l'hôpital ; c'est donc surtout à l'emploi du lait stérilisé, soit conjointement avec le lait maternel, soit seul, qu'il a eu recours.

Voici les résultats comparatifs qu'il a constatés dans son service :

Nous avons pu suivre, dit-il, 191 nouveau-nés :

1° Parmi eux, 89 ont été, à partir du troisième jour, exclusivement nourris par leur mère. La durée moyenne de leur séjour à l'hôpital a été de dix jours. Leur augmentation de poids, à partir du deuxième jour, a été, en moyenne, de 28 grammes par jour.

2° Lorsque la mère n'avait pas de lait en quantité suffisante, nous ajoutions à l'allaitement maternel une quantité variable de lait stérilisé, 100, 200, 300 et jusqu'à 380 grammes dans les vingt-quatre heures.

Quatre-vingt-onze enfants ont eu l'allaitement mixte, c'est-à-dire l'allaitement avec le sein de la mère et avec du lait stérilisé. Ces quatre-vingt-onze enfants sont restés dix jours et demi à l'hôpital, leur augmentation moyenne, à partir du deuxième jour, a été de 18 grammes.

3° Onze enfants dont les mères n'avaient pas de lait du tout, n'ont eu que du lait stérilisé, leur séjour à l'hôpital a été de onze jours. Leur accroissement journalier a été de 14 gr. 24.

Il est extrêmement probable que la courbe eût été meilleure si on avait eu recours d'emblée à l'allaitement artificiel.

Sur les 89 enfants nourris au sein, 6 ont eu la diarrhée.

Sur les 91 enfants soumis à l'allaitement mixte, 7 ont eu de la diarrhée.

Sur les 11 enfants élevés avec l'allaitement artificiel, aucun n'a eu de troubles digestifs.

Le lait stérilisé que nous avons employé était stérilisé chaque jour dans notre laboratoire. Ces résultats sont évidemment très favorables à l'emploi du lait de vache stérilisé régulièrement. Cependant, nous déclarons formellement que le lait stérilisé ne doit pas remplacer le sein. Rien ne vaut pour l'enfant l'allaitement par sa mère ou par une nourrice.

Que la stérilisation ait été mal faite, qu'une bouteille débou-

chée ait été laissée pendant quelque temps en vidange, que le lait de vache soit de mauvaise qualité, etc., etc., et des accidents pourront survenir, accidents qui, surtout par les chaleurs de l'été, auront parfois, très rapidement, une extrême gravité.

SYMPHYSÉOTOMIE

M. PORAK présente une femme chez laquelle il a pratiqué la symphyséotomie.

Il s'agissait d'une femme atteinte de rachitisme, à terme, en travail. Rétrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur à 9 c. 6. Après une application de forceps inutile, la symphyséotomie permit l'extraction facile d'un enfant vivant. La guérison de la mère fut rapide et complète.

(*Bull. méd.*)

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

(*Session de Nottingham*)

SECTION D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

DES HÉMORRHAGIES POST-PARTUM.

M. G. E. HERMAN (de Londres). — La seule manière d'agir efficacement sur l'hémorrhagie post-partum, de même que sur les autres hémorrhagies, est de comprimer les vaisseaux qui donnent du sang. Cette compression s'effectue d'une façon naturelle par la contraction persistante de l'utérus ; aussi n'est-il pas de moyen plus sûr pour provoquer l'hémorrhagie dont nous nous occupons que d'extraire l'enfant au moment où la matrice est inerte. Si donc, au moyen du forceps ou par la version, on retire le fœtus pendant cette période que Scanzoni appelle la période d'*inertie utérine secondaire*, cette manœuvre sera presque sûrement suivie d'hémorrhagie.

C'est pour cette raison que la règle qui prescrit « d'effectuer la délivrance le plus tôt possible » dans les cas de placenta prævia et d'hémorrhagie accidentelle, donne parfois des résultats désastreux. Je ne conseille donc jamais de pratiquer la délivrance en l'absence de contractions utérines. Il faut veiller aussi à l'inté-

grité du placenta et des membranes, de sorte qu'il n'en reste pas de fragments dans l'utérus.

Le traitement des hémorragies post-partum comporte trois indications :

1° Provoquer les contractions de l'utérus ; 2° comprimer les vaisseaux qui produisent l'hémorrhagie ; 3° favoriser la coagulation du sang.

On peut essayer de faire contracter la matrice par la stimulation directe ou indirecte, mais les cas les plus désespérés d'hémorrhagie post-partum sont précisément ceux dans lesquels la matrice a perdu tout pouvoir contractile et dont aucune stimulation ne saurait avoir raison. Il ne reste donc qu'à pratiquer des injections ayant pour but de déterminer la coagulation du sang. Ce procédé est toutefois loin d'être sans danger. Il faut éviter la distension subite de la matrice, qui peut occasionner la mort. En ce qui concerne le tamponnement de l'utérus en tant que moyen hémostatique, je ne le considère ni comme certain, ni comme dépourvu de dangers. Si l'introduction de tampons de gaze peut provoquer des contractions utérines, il est très probable que d'autres moyens, employés à propos, les auraient produites.

Pour me résumer, je dirai que dans les cas véritablement graves, c'est-à-dire dans ceux où la matrice ne peut plus se contracter, le moyen à la fois le plus simple et le plus efficace consiste dans la compression prolongée de la matrice par les deux mains de l'accoucheur, l'une d'elles étant introduite dans le vagin et l'autre appliquée sur la paroi abdominale.

M. MORE MADDEN (de Dublin). — D'après les statistiques de Churchill, portant sur 170,221 accouchements, il y a eu hémorrhagie post-partum chez 1,370 accouchées, ce qui donne une proportion de 0,80 %. La mortalité des femmes victimes de cette complication était de 16,65 %. Au Rotundo Hospital de Dublin, sur 47,175 accouchements, il n'y a eu que 206 cas d'hémorrhagie post-partum dont 16 seulement ont eu une issue fatale. La diathèse hémophilique joue un grand rôle dans la production de l'hémorrhagie post-partum. 1

D'après M. Playfair, cette complication s'observerait plus fréquemment chez les femmes appartenant aux classes aisées de la société que dans les classes laborieuses, et chez les multipares

que chez les primipares. Pour ma part, c'est chez les pauvres, en Irlande, que je l'ai rencontrée le plus fréquemment.

M. H. R. SPENCER (de Londres). — L'introduction de la glace dans le vagin comme moyen hémostatique expose la femme à la septicémie ; rien ne vaut, à mon avis, l'emploi de l'eau très chaude. A la Maternité de University College, il ne s'est produit qu'un décès d'hémorragie post-partum sur 11,000 accouchements.

M. MURDOCH CAMERON (de Glasgow) dit que le meilleur moyen de prévenir l'hémorragie post-partum est de hâter l'accouchement pour éviter l'inertie utérine. Il proteste contre la pratique qui consiste à faire le tamponnement de l'utérus dans ces cas.

M. W. WALTER (de Manchester). — L'eau destinée aux injections intra-utérines ne doit pas dépasser la température de 45 à 50° C., sinon elle pourrait déterminer la paralysie du muscle utérin et agir ainsi à l'encontre du but que l'on se propose.

Souvent utile, l'eau chaude n'est pas un remède infailible. Il est bon d'y ajouter une certaine quantité de vinaigre. L'électricité m'a rendu de grands services, et, pour en faciliter l'emploi dans les cas d'urgence, j'ai fait construire un petit appareil magnéto-électrique qui agit d'une façon très efficace sur l'utérus.

M. ROBERT BARNES (de Londres) dit qu'il faut envisager l'hémorragie post-partum à deux points de vue, selon que les réflexes sont ou ne sont pas conservés. Il reconnaît la valeur thérapeutique de la térébenthine qui est un médicament à la fois stimulant, tonique et antiseptique.

M. T. E. HAYWARD (de Haydock) rapporte un cas d'hémorragie qu'il a combattue par le tamponnement de l'utérus au moyen de gaze iodoformée. Le résultat a été très satisfaisant. Il relate un autre cas dans lequel la femme paraissait sur le point de mourir. On lui fit une injection intra-veineuse d'un litre et demi de solution saline, et une amélioration se produisit dans les symptômes.

M. COLIN CAMPBELL (de Londres) conseille l'irrigation de la cavité utérine avec un mélange à parties égales de whiskey et d'eau à une température de 42° C.

GROSSESSE TUBAIRE DOUBLE ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

M. W. WALTER communique une observation de grossesse

ectopique double chez une femme âgée de **vingt-neuf** ans, mariée depuis dix ans et ayant eu cinq grossesses antérieures, dont trois à terme et deux avortements. L'intervention fut décidée et montra que la grossesse tubaire était beaucoup plus avancée du côté gauche que du côté droit. La trompe et l'ovaire gauche furent enlevés, ainsi que la trompe droite, mais l'ovaire du même côté fut laissé en place, en raison des adhérences qu'il avait contractées avec les organes voisins. Un mois après l'opération, la malade quittait l'hôpital en pleine convalescence, et aujourd'hui elle est complètement rétablie.

Il a été impossible de savoir si la fécondation avait eu lieu en même temps des deux côtés.

Les recherches faites par l'orateur lui permettent de supposer que ce cas est la première observation authentique d'une double grossesse ectopique, ayant évolué *simultanément* dans les deux trompes de Fallope.

(*La Sem. méd.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

DE L'INFLUENCE DU COSTUME SUR LA PRODUCTION DU REIN FLOTTANT CHEZ LA FEMME.

Cruveilhier a déjà remarqué l'influence du corset serré sur la production du rein flottant chez la femme.

M. de KARANYI croit que le corset ne joue qu'un rôle secondaire et que les principaux facteurs étiologiques sont le poids des vêtements et la hauteur des talons.

Le centre de gravité de l'homme en station verticale se trouve dans la 2^e vertèbre lombaire ; la ligne verticale passera en arrière d'une ligne transversale réunissant les centres des articulations pelviennes.

D'après les expériences de l'auteur, si l'on interpose un talon de 5 centimètres de hauteur, un corps de 150 centimètres de hauteur s'inclinera à 15° en avant.

Pour maintenir l'équilibre, la tête et le thorax se portent en arrière, et le bassin avec les vertèbres lombaires s'inclinent en avant.

D'une part, il résulte d'une série d'expériences, faites sur le vivant,

que la partie de la colonne vertébrale qui va de la 2^e v. lombaire à la 9^e dorsale est presque complètement immobile.

D'autre part, le port des hauts talons fait augmenter la courbure lombaire aux dépens de la partie de la colonne vertébrale qui s'étend de la 2^e lombaire au sacrum.

Or les reins sont situés au niveau de ces vertèbres.

Les extrémités inférieures des reins, et surtout du rein droit, situé plus bas, se portent donc en avant.

Sur le cadavre on constate en effet que les extrémités rénales se déplacent et convergent en bas, tandis que normalement ils convergent en haut.

Pour déterminer l'influence des vêtements, l'auteur a cherché les poids du costume féminin des différentes saisons.

Pour les dames des classes cultivées, les vêtements d'été pèsent de 1,800 à 3,500 gr. ; les vêtements d'automne de 2,600 à 4,200 ; ceux d'hiver de 4,000 à 6,200.

Pour les femmes du peuple le poids des vêtements atteints de 7 à 7 kil. 1/2.

Sur un cadavre revêtu de vêtements d'un poids semblable, le ventre ouvert, on constatait le déplacement des reins.

L'auteur conclut que les hauts talons associés à la pesanteur des vêtements attachés à la taille, sont les principaux facteurs étiologiques des reins flottants.

Le corset faiblement serré est même utile, car il contribue à reporter une partie du poids sur la moitié supérieure du corps.

(Concours médical.)

CAS D'ABSENCE TOTALE DE LA MENSTRUATION,

Par H.-W. MITCHELL. (*New-York med. Soc.*, 22 février 1892.)

La malade est une jeune irlandaise de 24 ans, d'antécédents excellents. Elle a toujours été bien portante, mais est devenue rapidement anémique à son arrivée à New-York. Elle revint bientôt à la santé. Examinée par M. Mitchell, elle lui déclare qu'elle n'a jamais été réglée, que jamais elle n'a souffert comme les femmes au moment de l'établissement de la menstruation ; elle n'a jamais rien manifesté qui ressemble à une menstruation « supplémentaire ». Organes de la génération normaux aux divers examens dans la région.

(*Rev. gén. de méd.*)

DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC DANS LES MÉTRITES CHRONIQUES,

Par M. BOURSIER. (*Journal de médecine de Bordeaux*, n° 14, 3 avril 1892, p. 161.)

Les affections utérines et en particulier les métrites chroniques, aussi bien la métrite parenchymateuse que l'endométrite, s'accompagnent presque toujours, quand elles durent depuis un certain temps, de troubles qui portent, soit sur les organes voisins de l'appareil génital, soit sur des organes éloignés. Parmi ces derniers, il faut placer au premier rang les troubles de l'appareil digestif et surtout ceux de l'estomac. C'est, en effet, sur l'estomac que retentissent le plus souvent les altérations utérines. La relation qui existe entre l'estomac et l'état de l'utérus est démontrée non seulement par les troubles de cet organe dans les maladies utérines, mais encore par les modifications de la digestion stomacale qui surviennent dans certains états pathologiques et principalement dans la grossesse.

Dans les métrites chroniques, surtout quand la lésion est ancienne, les troubles des fonctions stomacales sont si fréquents que la plupart des auteurs les considèrent comme un des symptômes ordinaires de la maladie. Quelquefois même ce sont eux qui dominent la scène et attirent les premiers l'attention de la malade.

(*Rev. gén. de méd.*)

SARCOME DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME,

Par le prof. EHRENDORFER. (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1892, n° 17, p. 321.)

Le sarcome de l'urèthre chez la femme est des plus rares à observer. On n'en connaît guère jusqu'ici qu'un exemple authentique, publié par Beigel, dans son traité des maladies des femmes (Stuttgart, 1875, t. II, p. 653). M. Ehrendorfer relate un nouveau cas de sarcome de l'urèthre, chez une femme de 52 ans, en état de ménopause depuis l'âge de 44 ans. Depuis dix-huit mois elle s'était aperçue de l'existence d'une tuméfaction qui ne gênait pas sensiblement l'émission des urines. Celles-ci étaient mélangées de sang. De plus, chaque rapprochement sexuel était suivi d'une légère hémorrhagie.

L'auteur a donné une description détaillée de la néoplasie, description complétée par une figure. La tumeur a été extirpée avec succès, le 29 octobre 1891. Dans les premiers jours, la plaie opératoire a été saupoudrée d'iodoforme ; plus tard on l'a badigeonnée avec de la teinture d'iode. Cicatrisation complète en l'espace de quatre semaines.

L'examen histologique a démontré que la tumeur était un sarcome cellulaire à petites cellules arrondies, comme dans le cas de Beigel. Abstraction faite de la structure cellulaire, le néoplasme présentait une grande analogie avec des polypes vasculaires connus sous le nom des caroncules de l'urèthre.

E. R.

(*Rev. gén. de méd., de chir., etc.*)

SUR L'ASTHME DES FEMMES ENCEINTES,

par J. HALLIDAY CROOM, physician to the Royal maternity Hospital. (*Edinburgh med. Journal*, n° CDXLI, 1892).

Si l'on admet que l'asthme est une névrose résidant dans une innervation défectueuse du pneumogastrique et que cette névrose peut avoir une origine réflexe dont les exemples ne sont d'ailleurs pas rares chez l'homme, on accordera que la femme peut présenter, en raison de son sexe même, une prédisposition à l'asthme réflexe. Les affections de l'appareil génital qui éveillent si souvent chez la femme des synergies morbides du côté des systèmes et par voie purement réflexe peuvent engendrer l'asthme. Hyde Salter et d'autres auteurs ont déjà signalé l'apparition des accès au moment des règles. Halliday Croom a observé un cas dans lequel les accès cessèrent complètement avec la ménopause prématurée.

Le Dr Waring Curran a fait remarquer que l'asthme lié aux périodes menstruelles était plus marqué lorsque les femmes étaient atteintes de tumeurs fibreuses, et dans un cas l'asthme apparaissait aux périodes menstruelles chez une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire. H. Croom accorde aussi que l'asthme apparaît surtout chez les femmes qui portent des fibromes de l'utérus. Un des cas les plus graves qu'il ait observés concerne une femme atteinte de tumeur fibreuse et d'hémorrhagies. L'asthme s'aggrave avec l'augmentation de volume de la tumeur et les métrorrhagies ; il enleva les trompes et les ovaires et depuis les accès d'asthme ont à peu près disparu, ne reparaisant qu'à de longs intervalles lorsque le malade change de pays.

Plusieurs auteurs ont signalé la relation de l'asthme soit avec la grossesse, soit avec l'accouchement ou les suites de couches. H. Croom rapporte en détail une observation dans laquelle l'asthme fit son apparition au début de la grossesse ; les accès se répétèrent plusieurs fois, se montrant régulièrement vers 10 heures du soir, lorsque après un accès plus violent que les autres la malade avorta au deuxième

mois de sa grossesse. L'auteur fait remarquer à propos de cette observation que l'asthme qui signale le début de la grossesse persiste rarement au delà du quatrième mois ; dans un cas cependant Hyde Salter vit les accès persister jusqu'à l'accouchement qui eut lieu au huitième mois.

Quant à l'heure à laquelle l'accès survient, elle est très variable ; d'une façon générale l'accès se montre après minuit et le plus souvent entre 2 et 3 heures du matin.

La malade de Halliday Croom n'était affectée d'aucune lésion du cœur, elle était seulement nerveuse et anémique. Enfin l'auteur fait remarquer qu'elle n'avait présenté aucun des phénomènes gastriques si communs au début de la grossesse et pense, sans en donner la raison, que l'excitation réflexe due à l'utérus gravide portait sur les branches pulmonaires au lieu de porter sur les branches gastriques du nerf pneumogastrique, bien qu'il n'eût relevé chez sa malade aucun antécédent héréditaire relatif à une affection pulmonaire ou cardiaque.

L. JUMON.

DE LA MORT DANS LA RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS GRAVIDE,

Par M. TREUB.

Plusieurs fois, l'auteur constata la mort avec symptômes de péritonite aiguë par rétention de l'utérus gravide ; point de défécation, vomissements ; à l'autopsie, compression et gangrène du côlon par l'utérus gravide. (*Cent. für Gynæk*, 1892, n° 19.)

Dans une série de cinquante décès où il y avait rétroflexion de l'organe, l'observateur allemand a constaté 18 fois l'urémie, 11 fois la rupture de la vessie, 6 fois la septicémie, 10 fois la cystite et une péritonite, 3 fois la pyohémie, 2 fois la rupture du péritoine. Il estime que la compression de l'intestin a pu souvent être méconnue et jouer cependant un rôle pathogène considérable dans des cas semblables.

HÉMORRHAGIE INTRA-PÉRITONÉALE A LA SUITE D'UN AVORTEMENT DANS UN CAS DE GROSSESSE TUBAIRE,

par le D^r LAHREISS.

Il s'agit d'une multipare qui est venue se faire traiter pour des pertes utérines. On constate une tuméfaction de la trompe droite avec léger endolorissement. Quinze jours plus tard fièvre subite, météorisme,

douleurs semblables à celle de la parturition. L'anémie avait beaucoup augmenté. On pratique une laparotomie, et on trouve du sang liquide dans la cavité abdominale ; la trompe était épaissie, et dans sa portion ampullaire logeait un caillot de sang. Ce caillot a pu être enlevé sans difficulté ; il provenait probablement d'une hémorragie primitive ; on n'a pas trouvé traces d'une déchirure de la trompe.

L'auteur plaide pour l'intervention précoce.

E. R.

DE L'INFLUENCE DES LÉSIONS DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN PENDANT LA
PARTURITION COMME CAUSE DE LA FOLIE PUERPÉRALE,

Par G. H. ROHÉ. (*Americ. med. Assoc.*, séance du 8 juin 1892.)

L'auteur rapporte quatre cas avec rupture du périnée, lacération du col et conditions morbides des ovaires et des trompes. Dans tous les faits, on pratiqua la laparotomie et l'ablation des annexes utérines. Deux des malades, l'une de dix semaines et l'autre de dix-huit, recouvrèrent leur état mental normal après l'opération. Les deux autres, toutes deux malades depuis cinq ans, et dans un état de démence partielle, en éprouvèrent une amélioration marquée.

L'auteur en déduit les conclusions suivantes :

1° La folie puerpérale, au moins dans la plus grande majorité des cas, est une psychose d'origine infectieuse ;

2° Sans rejeter l'influence des autres facteurs, tels que l'hérédité, l'anémie, l'épuisement, le choc mental et les chagrins, une observation soigneuse montrera qu'il se produit fort peu de cas de folie puerpérale sans qu'elle soit précédée d'une infection puerpérale ou sans qu'elle lui soit concomitante ;

En effet :

1° La folie puerpérale se manifeste presque toujours dans les dix jours qui suivent la délivrance — pour la moitié des cas, dans les cinq premiers jours — c'est la même période durant laquelle se produit l'infection puerpérale ;

2° Elle est accompagnée d'une élévation de température et d'autres signes de troubles fébriles ;

3° La forme clinique la plus fréquente de la folie puerpérale est constituée par un délire aigu ou par de la manie. Les conditions dépressives sont rares, sauf dans les cas secondaires ; en d'autres termes, la forme la plus fréquente est celle qui ressemble le plus au délire fébrile ;

4° Le pourcentage de la mort est plus élevé que dans la simple manie. La mort arrive par épuisement, le plus souvent avec haute température et pouls rapide ;

5° Les autopsies, bien qu'assez rares dans ces cas, ont montré des lésions graves des viscères pelviens ;

6° L'examen des organes pelviens pendant la vie révèle des lacérations du périuée et du col utérin (voies faciles d'infection chez la femme). Comme lésions secondaires, on trouve des inflammations intra-pelviennes (péritonéales), et consécutivement, des déplacements anormaux, des adhérences, de la congestion de l'utérus, des trompes, des ovaires :

7° Les suites de l'opération semblent montrer que l'ablation des foyers d'irritation locale augmente les chances de guérison du trouble mental.

(Rev. gén. de Clin.)

ACTION DU VIRUS VARIOLEUX SUR LES FONCTIONS UTÉRINES.

Note du docteur GASPARINI (In *Gazetta medica lombarda*, n° 18.)

Menstruation. — L'auteur a vu le virus varioleux provoquer la menstruation sur des enfants qui, par leur âge, ne pouvaient encore songer à payer ce tribut. Il a vu de même les règles revenir chez des femmes qui en étaient délivrées depuis quelques jours seulement. Il est encore un fait d'observation, c'est que les avortements provoqués par cette cause infectieuse sont toujours accompagnés de notables métrorrhagies. L'aménorrhée momentanée est encore la règle chez la femme qui vient de traverser heureusement cette maladie. Nous ne signalerons que pour mémoire l'influence de la variole se manifestant dans la grossesse sur les fœtus et quelques jours après (dix ou douze environ) l'expulsion de ceux-ci ; enfin, il est bon de rappeler que la sécrétion lactée est supprimée chez les nourrices atteintes de cet exanthème.

MILLOT-CARPENTIER.

SUPPURATION PELVIENNE PROLONGÉE.

X., âgée de 30 ans, accouche pour la sixième fois le 15 mars dernier. Le lendemain elle est prise de frissons, de fièvre, de vomissements et de douleurs dans le ventre, tourmente puerpérale qui s'apaise en huit jours et lui permet de se lever, affaiblie et souffrante pendant un mois. Un point de côté vient occuper alors les dernières côtes

droites, elle tousse, une pleurésie droite s'est déclarée, on la combat par des révulsifs. Sur ces entrefaites, six semaines après l'accouchement, un empâtement s'étale dans le flanc droit. On lui dit que ce sont des abcès et on couvre le ventre de vésicatoires. Bref, un mois se passe et la malade va mieux ; sans attendre la disparition complète de l'empâtement, elle s'est remise à marcher. Naturellement une poussée nouvelle de douleur et de gonflement se produit ; on essaie de calmer ses souffrances par la morphine. Le 3 août 1891, c'est-à-dire 4 mois 1/2 après sa fâcheuse parturition, elle entre dans le service de chirurgie.

Elle présente à ce moment les signes suivants : teint terreux et cachectique, anorexie, constipation, ballonnement du ventre, déformation en gigot de la cuisse droite qui est fléchie en adduction et plus volumineuse de la gauche. L'examen, pratiqué sous le chloroforme par M. le docteur Fournier, fait constater la présence d'une tumeur très dure qui emplit la fosse iliaque droite et s'arrête au-dessus du pubis : épaissement de l'os iliaque et ankylose presque complète du fémur avec le bassin. Utérus immobile enclavé au milieu d'une masse dure, fibreuse, peu douloureuse qui fait relief dans le cul-de-sac droit, engaine le col, raccourci de ce fait. Le toucher rectal apprend que la tumeur ne s'étend pas en arrière.

M. Fournier se borne à mettre le membre inférieur dans l'extension continue et à surveiller la marche de la maladie.

Au bout de quelques jours la racine de la cuisse s'évase davantage, devient œdémateuse, la douleur est plus nette, au niveau du grand trochanter et des adducteurs. Une incision faite au-dessous de l'arcade crurale donne issue à 1/2 litre de pus, un drain est passé dans le triangle de Scarpa. La malade, une détraquée, refuse absolument toute nourriture : ignorante des bienfaits d'une antisepsie soigneuse, elle exige d'être reportée chez elle, où elle meurt bientôt avec une eschare sacrée immense de la phlegmatia de la jambe droite, imbibée par le pus que ses vaisseaux charrient, pyohémique en un mot.

M. le Dr Fournier estime qu'il s'est agi ici d'un phlegmon puerpéral dont la localisation primitive est difficile à préciser (partie supérieure du ligament large ou gaine vasculaire hypogastrique) : la conclusion principale est qu'il faut, dans un cas semblable, des incisions précoces pour évacuer le pus méthodiquement.

(Gazette médicale de Picardie.)

MENSTRUATION, GROSSESSE, ALLAITEMENT ET VARIOLE.

Quelle est l'influence de cette affection sur ces fonctions physiologiques ? Dans le but de répondre à cette question, MM. MARIVINT et COMBEMALE ont observé vingt-sept femmes atteintes de variole.

Les *époques menstruelles* étaient parfois troublées : souvent elles devançaient la date mensuelle d'apparition (4 sur 17), quelque fois cependant (2 fois sur 17), elles retardaient sur cette date, se montrant au moment de l'éruption et coïncidant avec un redoublement de la rachialgie révélatrice de l'infection variolique. Une abondance pathologique de l'écoulement a nécessité, 2 fois sur 17, une intervention thérapeutique.

Il n'y a pas eu de troubles menstruels, consistant en transposition de date ou en abondance exagérée, dans la moitié des cas, 7 sur 17 ; mais il est à remarquer, car c'est là probablement plus qu'une simple coïncidence, que, 5 fois sur 17, l'écoulement s'est montré en même temps que l'éruption se faisait à la face ; 1 fois seulement c'est en pleine dessiccation que le molimen hémorrhagicum est survenu. C'est chez les jeunes filles (16, 17, 18 ans), ou les jeunes femmes (23 ans), à l'exception toutefois d'une femme de 41 ans, que les règles apparaissaient au début de l'éruption.

Il y a un rapport entre l'intensité de l'atteinte variolique et l'intensité du trouble apporté dans la menstruation : sur ces 17 malades, deux sont mortes, l'une avait vu ses règles avancées de 10 jours, l'autre une hémorrhagie abondante que l'on ne maîtrisait que par intermittences ; d'autre part, la perturbation dans l'apparition des règles était d'autant moindre que l'éruption a été cohérente ou discrète.

En ce qui concerne *la grossesse*, les observations se réduisent à six : deux femmes, enceintes de 5 mois environ, n'ont pas avorté, mais leur variole n'a pas été sévère ; les quatre autres ont expulsé le produit de la conception au moment de l'éruption variolique ; un seul de ces fœtus venu, à 8 mois et demi, était vivant. Parmi les accouchées, 3 sont mortes pendant la pustulisation, la quatrième, qui avait avorté, à 2 mois et demi, a survécu à la métrorrhagie qui a suivi.

Quant à la *sécrétion lactée*, elle a été tarie pendant les prodromes de la variole chez cinq nourrices qui ont été observées, mais chez deux seulement le lait a reparu (l'allaitement ne durait chez elles que depuis 2 à 6 mois) une fois la fièvre tombée.

Il est probable que la toxine variolique produit sur les organes in-

ternes de la reproduction des effets nerveux et circulatoires, réveille la contractilité des fibres musculaires lisses de l'utérus et des vaisseaux, provoque la congestion et facilite les effractions vasculaires (métrorrhagies) ou l'expulsion prématurée du contenu utérin (avortement). Par sympathie il y aurait, même, retentissement sur la glande mammaire.

(Rev. gén. de clin. et de théor.)

GONOCOQUES ET STREPTOCOQUES DANS LE PUS D'UN ABCÈS TUBAIRE,

Par le Dr WITTE. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1892, n° 23, p. 433.)

Chez une femme de 26 ans, opérée dans le service du prof. R. Martin pour une pyosalpingite, l'examen du pus a fait constater la présence de gonocoques inclus dans les globules de pus. Entre ces globules on apercevait quelques diplocoques épars. Le pus a été ensemencé sur de la gélatine, sur de l'agar et dans du bouillon. Dans ces conditions, on a obtenu des cultures du streptocoque. Le produit de sécrétion, extrait de la trompe saine, ne renfermait pas de bactéries. Cette observation démontre, contrairement aux conclusions que Wertheim a tirées des résultats de ses recherches bactérioscopiques sur la gonorrhée ascendante chez la femme, que le pus, dans les cas de pyosalpingite gonorrhéique, peut être le produit d'une infection mixte.

Une autre observation, relatée par l'auteur, démontre que le streptocoque peut se rencontrer à côté du gonocoque, dans le produit de la sécrétion vaginale et dans le pus d'un foyer de salpingite, ce qui donne la clef des cas d'infection mixte, où, à la suite d'une gonorrhée, on voit des femmes succomber à des accidents de septicémie.

UN NOUVEAU SIGNE DE PRÉSENTATION DU SIÈGE.

Ce nouveau signe, indiqué par M. le docteur Pinard, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, et dont un de ses élèves, M. le docteur G. Maurice, vient de faire le sujet de sa thèse inaugurale, consiste en une douleur vive provoquée par la pression de la main sur le fond de l'utérus. Cette douleur se perçoit ordinairement au point et au moment où l'on produit le ballotement céphalique, mais elle peut aussi être spontanée. Lorsqu'on l'a constatée

chez une femme ayant dépassé le sixième mois de la grossesse, on peut presque affirmer qu'il s'agit d'une présentation du siège.

La douleur en question est due à la présence, au fond de la matrice, de la tête fœtale qui produit une distension irrégulière du segment supérieur de l'utérus. Elle pourra donc être très légère ou même manquer complètement dans les cas où la tension des parois utérines, étant considérable, comme cela arrive lorsque le liquide amniotique est en abondance, la tête ne se trouve en contact avec le fond de l'utérus que sur une surface très peu étendue. On comprend donc que la douleur révélatrice de la présentation du siège ne soit pas un phénomène absolument constant. Cependant, c'est un signe d'une réelle valeur, puisque, d'après M. Maurice, on la rencontrerait dans les trois quarts des cas.

Le traitement de la douleur dont il s'agit ici consiste à pratiquer la version par manœuvres externes, qui dissipe immédiatement tous les phénomènes douloureux.

Dans les cas où cette version se montre impraticable, on recommandera à la malade de prendre patience en lui assurant que ses douleurs disparaîtront après l'accouchement.

(La Sem. méd.)

DES HÉMORRHAGIES INTRA-UTÉRINES DANS LA NÉPHRITE DES FEMMES ENCEINTES.

Une femme de 44 ans, enceinte pour la neuvième fois, était arrivée au terme de sa grossesse. Elle fut prise brusquement d'une abondante hémorrhagie par les voies génitales. Un médecin appelé aussitôt soupçonna l'existence d'un placenta prævia, et fit transporter de suite cette malade à la clinique du prof. Schauta.

Là, on constata qu'elle présentait les signes d'une anémie profonde, une grande pâleur, de nombreuses pétéchies cutanées ; et des ecchymoses aux membres et à la région lombaire. L'utérus semblait très volumineux ; il remontait jusqu'à l'appendice xyphoïde et s'étendait de chaque côté au delà de la ligne mamelonnaire ; sa paroi était tendue, comme lorsqu'elle se contracte d'une manière tétanique ; de temps à autre survenaient des douleurs qui exagéraient cette tension. Il était impossible de sentir les parties fœtales par la palpation assez nettement pour déterminer la position du fœtus, dont les bruits cardiaques ne pouvaient être constatés.

Par les voies génitales, il se faisait un écoulement de sang continu, mais modéré, qui par lui seul ne pouvait expliquer un si profond état d'anémie. Le col laissait pénétrer deux doigts ; on constatait une présentation du crâne, et aussi haut que le doigt pouvait remonter, on ne trouvait pas trace de placenta. La vessie contenait une certaine quantité d'urine albumineuse.

M. Schauta diagnostiqua une hémorrhagie intra-utérine et chercha d'abord à relever les forces de la malade par une injection sous-cutanée de 350 grammes de solution physiologique de sel marin. Puis, comme la dilatation du col ne se complétait pas, ne voulant pas faire d'incision sur l'utérus, il procéda à l'extraction de l'enfant grâce à une craniotomie. L'enfant, mort avant l'intervention, pesait 3,750 grammes.

Après cette extraction, M. Schauta alla de suite à la recherche du placenta, qui était entièrement décollé, et il vit sortir de l'utérus plus de deux kilogr. de sang liquide ou coagulé. L'utérus se contracta aussitôt mettant ainsi fin à l'hémorrhagie, mais la femme succomba néanmoins au bout d'une heure.

A l'autopsie on trouva, entre autres lésions, une néphrite, très marquée. D'autre part, le placenta, qui s'insérait sur la paroi antérieure de l'utérus à une hauteur normale, présentait les traces de nombreuses hémorrhagies interstitielles antérieures.

M. Schauta a rassemblé quelques cas analogues et il montre que les hémorrhagies intra-utérines de ce genre se rencontrent généralement chez des femmes atteintes de néphrite. Sous l'influence de la lésion rénale, il se produit une friabilité plus grande des vaisseaux, des modifications de structure de la caduque. De là, la source d'hémorrhagies qui peuvent être légères et ne pas interrompre le cours de la grossesse, qui peuvent au contraire amener l'avortement, qui peuvent enfin, décoller complètement le placenta et amener la mort du fœtus et celle de la mère. En pareil cas, il convient d'évacuer aussitôt que possible le contenu de l'utérus ; le tamponnement vaginal, en arrêtant l'hémorrhagie extérieure, donne une fausse sécurité et ne s'oppose pas à l'écoulement de sang dans l'intérieur de l'utérus. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 27, et *Bull. méd.*)

L'EMPLOI DU CHLOROFORME PRÉDISPOSE-T-IL A L'HÉMORRHAGIE POST-PARTUM?

M. J. W. BYERS (de Belfast). — Tout le monde est d'accord sur les avantages qu'offre l'administration du chloroforme pour diminuer la sensibilité, tant au cours du travail normal que dans les accouchements dystociques. Sir James Simpson avait prédit qu'avant longtemps l'usage du chloroforme se généraliserait, mais sa prévision ne s'est pas accomplie et il me paraît intéressant de rechercher pourquoi.

Je crois que les accoucheurs s'abstiennent d'employer le chloroforme en raison de la mauvaise réputation que lui ont faite les quelques accidents arrivés entre les mains des chirurgiens. On a affirmé, en outre, que le chloroforme prédisposait à l'hémorrhagie post-partum. En réalité, les personnes les plus compétentes ne sont pas du tout d'accord, et il faut revenir à l'expérience clinique pour savoir à quoi s'en tenir. Même alors il est difficile d'établir exactement quel est le rôle de l'anesthésique dans la production de l'hémorrhagie. Il est certain que dans une très grande proportion de cas de chloroformisation suivie d'hémorrhagie post-partum, la faute en est à la façon dont cet anesthésique est administré. Il serait bon, pour élucider cette question, que, dans tous les cas où l'hémorrhagie paraît avoir été déterminée par l'usage du chloroforme, l'on pût savoir :

- a) L'âge et le nombre de grossesses antérieures de la parturiente ;
- b) Si elle a été anesthésiée lors de ses accouchements précédents ;
- c) La quantité de chloroforme employée et son mode d'administration ;
- d) La durée de la chloroformisation ;
- e) La raison qui a déterminé l'emploi de l'anesthésie ;
- f) Enfin, la conduite de l'accoucheur pendant la délivrance de l'enfant et pendant la troisième période du travail.

Pour ma part, je me suis servi du chloroforme dans nombre d'accouchements sans le moindre inconvénient, et je crois qu'avec des précautions on peut y avoir recours sans augmenter pour la femme le danger d'une hémorrhagie.

M. W. WALTER. — Je ne crois pas non plus que l'usage du chloroforme prédispose la femme à l'hémorrhagie ; j'estime que l'anesthésie, en permettant à la parturiente de prendre quelques instants de repos, peut empêcher l'épuisement des forces qui détermine l'inertie utérine. (*Bull. méd.*)

D^r A. GUBB.

HÉMICHORÉE DES DERNIERS JOURS DE LA GROSSESSE ; ACCOUCHEMENT
LABORIEUX ; GUÉRISON,

Par M. DIDIER.

L'observation de l'auteur est intéressante non seulement par suite de la rareté relative de la chorée de la grossesse (dont on compte encore les cas publiés), mais aussi à cause de certaines particularités cliniques.

Il s'agissait d'une primipare de vingt-six ans, au terme de sa grossesse, qui, lorsque M. Didier la vit pour la première fois, était atteinte depuis deux jours d'hémichorée droite. Elle présentait des secousses involontaires et désordonnées du membre supérieur droit, des mouvements athosiformes des doigts de la main droite, ainsi que des contractions de la face survenant à des intervalles éloignés.

Lorsque cinq jours après la femme revint à la Maternité de Lille pour se faire accoucher, le travail était commencé et le col présentait une dilatation de la largeur d'une pièce de 2 francs. Les mouvements choréiques avaient augmenté d'intensité et avaient envahi aussi le membre inférieur droit. Les convulsions de la face s'étaient considérablement accentuées ; la bouche était, par moments, violemment attirée à droite, et il se produisait en même temps une occlusions spasmodique des paupières.

Le travail se faisait avec une lenteur extraordinaire : au bout de vingt-quatre heures, l'orifice du col n'avait que les dimensions d'une pièce de 5 francs. La malade souffrait beaucoup. A chaque contraction utérine survenant toutes les trois minutes environ, les douleurs devenaient intolérables et les mouvements choréiques prenaient une violence extrême. Dans ces conditions on administra à la malade une potion avec 2 grammes de chloral et 3 grammes de bromure de potassium. L'effet de cette médication fut des plus favorables et des plus rapides. Les contractions utérines se régularisèrent, devinrent plus prolongées, plus efficaces, et en même temps moins fréquentes, tandis que les sensations douloureuses et les mouvements convulsifs diminuaient d'intensité. Une heure après l'administration du médicament la poche des eaux se rompit ; au bout d'une autre heure la dilatation était complète, et l'accouchement eut lieu sans aucun accident.

Le lendemain survint une sédation notable des mouvements cho-

réiques ; ceux de la jambe avaient cessé, et il n'existait que quelques rares secousses dans le bras et dans la face. A l'auscultation du cœur, on constata une double lésion mitrale, évidemment ancienne, caractérisée par un souffle systolique et un roulement diastolique à la pointe. Quelques jours après, toute trace d'hémichorée avait disparu.

Deux points principaux méritent d'être relevés dans cette observation. C'est d'abord l'action si manifeste et si rapide du chloral et du bromure, grâce à laquelle on a pu se passer du chloroforme et du forceps. C'est ensuite le moment de l'apparition de la chorée chez la malade. On sait que la chorée est surtout fréquente pendant les cinq premiers mois de la grossesse et qu'elle est très rare au neuvième mois (Barnes ne cite que deux cas de ce genre). Or, dans l'observation de M. Didier, il s'agissait non seulement d'une chorée au neuvième mois, mais d'une chorée de l'accouchement, pour ainsi dire. En effet, dans ce cas, les phénomènes choréiques n'ont débuté qu'avec l'approche du travail ; ils ont atteint leur maximum d'intensité pendant le travail pour disparaître rapidement après l'accouchement.

Comme la malade ne présentait aucun stigmate d'hystérie, ni aucun signe d'affection rénale (absence d'albuminurie, etc.) et comme, d'autre part, elle était porteuse d'une lésion cardiaque ancienne, l'auteur pense, malgré l'absence de tous renseignements précis à ce sujet, que, dans ce cas, on a eu affaire à une récurrence de chorée ou à une transformation de la diathèse rhumatismale. (*Journ. des scienc. méd. de Lille*, 24 juin 1892.)

CALCULS VÉSICAUX CHEZ LA FEMME.

M. POLIS relate, au nom de M. FRAIPONT, une observation de calculs vésicaux chez la femme. Il est seulement difficile de déterminer exactement le moment de leur apparition ; c'est une femme de 29 ans qui, il y a cinq ans, à la suite de son premier accouchement, lequel fut laborieux et nécessita l'emploi du forceps, présenta une incontinence d'urine complète, qui dura 3 ans ; tout au plus cessait-elle une quinzaine de jours pour reprendre de nouveau.

Il y a deux ans, cette femme devient enceinte ; dès le 5^e mois de la grossesse, l'incontinence se supprime pour recommencer après l'accouchement qui fut également laborieux ; elle dure encore quand la malade entre à l'hôpital. Elle est envoyée dans le service de Gynéco-

logie avec le diagnostic : fistule vésico-vaginale, diagnostic non vérifié par un examen soigneux. Ce matin, M. FRAIPONT constate la présence d'un calcul engagé dans le canal de l'urètre, dilate celui-ci avec les dilateurs de Hégart et retire à l'aide d'une pince un volumineux calcul un peu aplati et de forme triangulaire, puis extrait de la vessie deux autres calculs plus petits.

L'incontinence, dans ce cas, était-elle primitive ou bien était-elle consécutive à la formation des calculs ?

M. VON WINIWARTER. — La seconde hypothèse me semble plus acceptable, le calcul en effet a pu déterminer lors de l'accouchement une déchirure du col de la vessie. (*Bull. de la Soc. méd. chir. de Liège.*)

VARIÉTÉS

LES SAGES-FEMMES DES BUREAUX DE BIENFAISANCE ET L'ANTISEPSIE. — Nous avons dit que la Société médicale du XVI^e arrondissement s'était adressée au maire pour le prier de faire le possible afin que les sages-femmes du bureau de bienfaisance emploient l'antisepsie.

Le maire du XVI^e arrondissement, le D^r Marmottan, d'accord avec la Société, a convoqué les sages-femmes à une conférence qui a été faite le 3 août à la mairie par M. le D^r Potocki.

Les sages-femmes ont quitté la salle absolument décidées à suivre les règles qu'il leur avait tracées.

Il serait fort à désirer que cet exemple fût suivi dans les autres arrondissements. Nous savons, du reste, que le Conseil général des Sociétés médicales d'arrondissement est décidé à faire le nécessaire pour qu'il en soit ainsi. (*Bull. Méd.*)

L'ASSISTANCE DES FEMMES ENCEINTES. — Le conseil supérieur de l'Assistance publique vient d'adopter un projet de loi qui crée des établissements départementaux pour l'assistance maternelle.

Le titre premier du projet indique qu'il sera organisé, dans chaque département, un service d'assistance maternelle gratuite pour les femmes enceintes dénuées de ressources.

Le titre II « De l'assistance maternelle » assure l'assistance, dans leur domicile, aux mères indigentes. C'est là le développement du principe de l'assimilation de la femme enceinte à une malade.

Le titre III est réservé à la création, dans chaque département, d'une hospitalisation pour les femmes enceintes, soit dans des maternités hospitalières, soit dans des asiles-ouvroirs, soit dans des maternités secrètes¹.

Voici les articles de la loi projetée relatifs à la maternité secrète.

ART. 13. — La maternité secrète peut être une dépendance d'un établissement hospitalier, d'une maternité hospitalière ou d'un asile-ouvroir.

Si elle est indépendante, elle est administrée par un directeur ou une directrice nommé par le préfet et assisté d'une commission de surveillance.

ART. 14. — L'admission a lieu après constatation faite à l'établissement que la femme est en état de grossesse apparente. Aucune enquête n'est faite. La femme est avertie que, si quelque question lui est adressée, elle n'est pas obligée d'y répondre. Elle est également avertie qu'elle peut déposer un pli cacheté permettant d'établir son identité en cas de décès et que ce pli lui sera remis intact à sa sortie.

ART. 15. — Les maternités secrètes, qu'elles dépendent ou non d'établissements hospitaliers existants, doivent, dans tous les cas, assurer toujours un isolement rigoureux des femmes qui y sont admises.

ART. 16. — Aucun enseignement clinique n'est donné dans une maternité départementale secrète. Aucune visite n'est faite dans l'établissement qu'avec l'autorisation du préfet. Les magistrats de l'ordre administratif ou judiciaire, l'inspecteur des enfants assistés, les inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance, l'administrateur de service quand la maternité est annexée à un établissement hospitalier ne peuvent entrer dans l'établissement qu'après que leur visite aura été annoncée aux femmes hospitalisées, qui pourront demeurer voilées.

Ainsi, d'après ces articles, toute femme, quelle que soit sa condition, en état de grossesse apparente, sera admise dans les hospices de maternité secrète, sans qu'aucune enquête soit faite sur son compte, sans qu'elle soit obligé de donner ses nom et prénoms ; elle pourra même, si elle le désire, rester voilée dans la cellule qu'elle habitera. L'administration ne pourra même pas exiger d'elle qu'elle laisse son nom sous pli cacheté ; c'est un droit qu'elle seule possède,

et elle pourra en user si elle désire que son identité soit établie dans le cas où elle viendrait à mourir. Lorsqu'une hospitalisée aura usé de ce droit, le pli cacheté qu'elle aura confié à l'administration devra lui être remis intact à la sortie de l'hospice.

D'ailleurs, ces établissements départementaux où le secret de la maternité sera scrupuleusement respecté ne créent rien de nouveau pour Paris. En effet, dans la loi qui régit la Maternité à Paris, il est stipulé qu'aucune des hospitalisées ne sera tenue de donner son nom.

(*Journ. de méd. de Paris.*)

UN DÉBOUCHÉ POUR LES FEMMES-DOCTEURS DANS LES INDES. — Il y a dans les Indes 139 millions de femmes, dont 21 millions de veuves ; parmi ces dernières, 79,000 ont moins de 9 ans. Des milliers de femmes et de jeunes filles meurent chaque année qui pourraient être sauvées par des soins médicaux éclairés.

La *Zenama Bible and Medical missionary Society of London*, fondée en 1852, a surtout pour but de procurer ses soins médicaux aux femmes indiennes. Elle a des hôpitaux et dispensaires. Deux femmes-docteurs, ferventes catholiques, sont demandées en ce moment. Elles ne doivent pas avoir plus de trente ans. Le traitement est de 650 à 750 l. sterl. par an, avec avantages tels que : habillement, passage, logement, voyage, etc. Habituellement, chaque station comprend deux femmes-docteurs, avec un hôpital, un dispensaire, des médicaments et un nombre suffisant d'assistants indigènes.

(*L'Union médicale.*)

COXALGIE ET MARIAGE. — Dans une intéressante clinique sur la coxalgie, M. de Saint-Germain raconte l'anecdote suivante : Une jeune fille, guérie d'une coxalgie, mais avec ankylose dans l'adduction, vient le consulter pour savoir si elle pouvait se marier ; il émit des doutes sur la possibilité de la copulation ; malgré l'avis du chirurgien, la jeune fille passa outre et le mariage fut célébré. Mais c'est en vain que le mari s'évertua pour lui donner une consécration matérielle : il fut obligé d'y renoncer et demanda le divorce qu'il obtint. *Il l'obtint même en Cour de Rome.*

Quand la coxalgie est guérie avec flexion de la cuisse sur le bassin, la copulation, pratiquée *a posteriori*, a été plusieurs fois suivie de grossesse, et l'accouchement s'est toujours fait sans difficultés.

(*Concours Médical.*)

On a présenté à l'Académie de Médecine une fillette de six ans dont la taille et l'embonpoint sont extraordinaires. Cette enfant mesure 1^m15 de haut ; le contour du corps à l'épigastre est de 1^m20, et de 1^m50 à l'abdomen. La peau est très colorée et la face comme congestionnée. Elle pèse 124 livres. Les parents de ce phénomène sont des cultivateurs du Loiret qui sont de taille moyenne et bien constitués ; leurs deux autres enfants n'ont rien d'anormal. C'est égal, 1^m50 de taille et 62 kilos à six ans, voilà une jeune personne qui, à l'âge de dix-huit ans, ne sera pas facile à enlever !

(Gaz. de Gyn.)

BIBLIOGRAPHIE

—

I. Massage dans les affections de l'utérus et de ses annexes, par le docteur G. NORSTROM. Paris, veuve Babé, 1892.

Dans ces dernières années, l'auteur a eu l'occasion de traiter un certain nombre de malades chez lesquelles on avait eu recours aux injections, aux applications des pessaires, au traitement général, aux cautérisations, au curettage, etc. ; aucun procédé n'avait abouti à une guérison persistante. L'état fut constaté soigneusement au début du massage ; ce dernier fut employé seul et l'état fut de nouveau constaté après la cure. Par conséquent, s'il y avait une guérison ou une amélioration, on ne pouvait la rapporter qu'au traitement suivi en dernier lieu. Des examens tardifs (après six mois, deux ans) ont été faits dans un certain nombre de cas et les résultats se maintenaient malgré la persistance des déviations utérines qui ne constituent pas l'indication fondamentale. On peut au contraire les négliger et s'attacher au traitement des affections inflammatoires qui les accompagnent si souvent ; on aura de fort beaux succès. Du reste, M. Norstrom ne fait pas du massage une panacée et reconnaît par exemple qu'il n'est pas indiqué dans les collections tubaires. Nous ne pouvons que renvoyer au mémoire original pour les détails de la technique opératoire qu'il faut posséder à fond, afin d'obtenir de bons résultats.

LIBRAIRIE RUEFF et Cie, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Bibliothèque médicale, publiée sous la direction de MM. les professeurs CHARCOT et DEBOVE, volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée.

Prix..... 3 fr. 50

DERNIERS VOLUMES PARUS :

La Chlorose, par Ch. LUZET.

Broncho-Pneumonie, par E. MOSNY.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

111. — Hystéropexie abdominale antérieure, par M. MERCIER, de Montréal (Canada). (*Union médicale du Canada*, n° 2, février 1892, p. 57.) — L'auteur se résume dans les deux conclusions ci-après :

1° L'on n'hésitera pas à pratiquer l'hystéropexie complémentaire d'une laparotomie, si, au cours de cette dernière opération, on en reconnaît l'indication.

2° On devra même l'employer de propos délibéré de préférence à tout autre procédé opératoire dans les rétrodéviations graves, car non seulement elle assure toujours une guérison certaine, mais, pratiquée aseptiquement, elle n'offre presque aucun danger.

* * *

112. — De la fécondation artificielle comme moyen de corriger certains déplacements utérins, par le D^r BRENNAN. (*Union médicale du Canada*, n° 1, janvier 1892, p. 7.)

La fécondation artificielle, utile dans les déplacements utérins, avec adhérences faibles de l'utérus aux parties voisines, paraît devoir être contre-indiquée lorsqu'il existe la moindre complication inflammatoire.

Il faut surveiller attentivement les suites de couches et tirer parti de l'aide que fournit la grossesse pour corriger et maintenir corrigés les déplacements utérins.

La fécondation a pu, comme acte opératoire, fournir des résultats parfaits en favorisant la rupture lente des adhérences et en rendant plus efficace un traitement ultérieur.

* * *

113. — Action de l'*hydrastis canadensis* sur l'utérus dans l'état puerpéral, par le D^r L. BORDÉ. (Société médico-chirurgicale de Bologne, 12 février.) — M. L. Bordé, après un examen scrupuleux des faits observés, affirme que l'extrait d'*hydrastis cana-*

densis a une action sur l'utérus en état puerpéral qui consiste à rendre moins active la rétraction et la contraction de cet organe.

Aussi pense-t-il que l'usage de ce médicament dans les hémorrhagies utérines, même en dehors de l'état puerpéral, n'offre aucun avantage. Il conseille donc de recourir dans ces cas aux autres moyens habituellement employés, et spécialement à l'emploi du seigle ergoté.

P. F.



114. — Hémorrhagies de la délivrance. — Leçons cliniques, par le professeur GRYNFELT. (*Nouveau Montpellier médical*. n° 12, 19 mars 1892, p. 233.) — Les hémorrhagies de la délivrance sont la conséquence de l'inertie utérine. Celle-ci reconnaît de nombreuses causes. On peut l'observer chez des femmes très fatiguées, surmenées ou bien présentant un état de misère très accentué ; dans les fièvres graves, les états généraux dyscrasiques et en particulier dans le mal de Bright. La durée du travail, la surdistension de l'utérus, qu'elle soit due à une grossesse gémellaire ou à de l'hydroamnios, les émotions vives méritent aussi d'entrer en ligne de compte dans l'étiologie de l'inertie. Quelques auteurs ont encore accusé la surélévation de la température de la chambre.

Mais une cause bien plus importante c'est la présence dans l'utérus de divers corps étrangers tels que caillots sanguins, fibromes, fragments de placenta. La malade qui servait de sujet à la leçon clinique du professeur de Montpellier était porteur d'un fibrome.

En présence d'une hémorrhagie de la délivrance, que doit-on faire ? Il convient de distinguer deux cas : ou le placenta est sorti ou il est encore adhérent et on doit s'occuper de lui. La malade en question ayant été parfaitement délivrée, on a recouru tout d'abord aux stimulations directes, à l'expression utérine, au pétrissage du fond de l'organe. Lorsque, en même temps, il y a du sang dans la matrice, il faut introduire la main droite bien aseptisée dans la cavité pour en retirer les caillots. L'excitation interne suscitée par la main tend à faire revenir l'utérus sur lui-même. Sans aucun inconvénient on peut alors associer à ces divers moyens l'emploi de l'ergot de seigle ou de l'ergotine. Si, malgré tout, le sang continue à couler, il est encore un agent hémostatique très efficace à la portée de tous, ce sont les irrigations intra-utérines d'eau chaude antiseptique. En cas d'insuccès il

restera à recourir à la compression de l'aorte abdominale en même temps qu'on pratiquera le tamponnement intra-utérin. Cette dernière intervention, qui ne doit pas être confondue avec le tamponnement vaginal, est infiniment préférable au perchlorure de fer et aux autres hémostatiques de ce genre ; il produit l'arrêt de l'hémorrhagie en déterminant la contraction ou la rétraction de l'utérus et en oblitérant directement la lumière des vaisseaux. Exécuté antiseptiquement, il constitue, en outre, d'après M. Grynfeldt, un moyen absolument inoffensif.

C. A.

115. — Traitement de la rétroflexion par la laparotomie. (*Sem. médic.* 17.) — M. Chaput tire les conclusions suivantes :

La rétroflexion indolente ne demande aucun traitement.

La rétroflexion compliquée de métrite ou de prolapsus génital réclame d'abord le curage ou une réparation péri-néovaginale.

Le pessaire devra être essayé d'abord dans les rétroflexions peu accentuées et mobiles.

Après avoir condamné en principe l'opération d'Alquié-Alexander qui, difficile à exécuter, est souvent impuissante à maintenir réduite la déviation et ne remédie nullement aux lésions des annexes. M. Chaput lui préfère l'hystéropexie qui, par la laparotomie préalable permet le relèvement de l'organe et les soins aux annexes, mais qui n'est pas toujours indispensable et qui présente des inconvénients (fréquence des mictions, douleurs pendant la grossesse, danger d'occlusion ultérieure).

La laparotomie, au contraire, est bien préférable ; elle laisse à l'opérateur le choix entre la castration simple, la castration avec fixation des pédicules dans la plaie abdominale, ou la fixation simple.

116. — Le traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta. — Il s'agit d'un traitement encore nouveau, introduit par M. le docteur Pinard, professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, et employé par lui jusqu'ici avec un succès infaillible.

Voici comment un élève de M. Pinard, M. le docteur M. Jouve,

décrit dans sa thèse inaugurale ce traitement, tel qu'il l'a vu appliquer dans sept cas de placenta prævia :

L'hémorrhagie utérine révélatrice de l'insertion vicieuse du placenta est, comme on sait, souvent légère et intermittente au début. Contre ces hémorrhagies peu graves, on prescrira tout d'abord le repos absolu dans le décubitus horizontal, la tête posée sur un oreiller de petit volume, le siège tenu plus élevé que le reste du corps. On fera des injections vaginales très chaudes (48°) avec une solution de biiodure de mercure à 1/2000 ou d'acide phénique à 1 %, avec de l'eau boriquée ou simplement avec de l'eau. Ces injections seront pratiquées sans interruption jusqu'à ce que le liquide de retour ne soit plus teinté de sang. On pourra administrer aussi les opiacés, soit sous forme de lavements laudanisés, répétés plusieurs fois dans la journée (jusqu'à 60 et même 100 gouttes de laudanum dans les vingt-quatre heures), soit sous forme d'injections hypodermiques de morphine. Enfin, si la présentation de l'enfant est transversale, une version par manœuvres externes devra être pratiquée.

Ces moyens suffisent le plus souvent d'abord à diminuer, puis à arrêter l'écoulement.

Mais, lorsque l'hémorrhagie prend des proportions inquiétantes, il faut recourir sans hésitation aux moyens radicaux et provoquer l'accouchement.

La première chose à faire dans ce cas est de rompre largement les membranes qui, par les tiraillements qu'elles subissent dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, provoquent les hémorrhagies utérines, ainsi que l'a montré M. Pinard.

Avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, l'accoucheur introduit dans le vagin un ou deux doigts et même, au besoin, la main entière. Il explore soigneusement le segment inférieur de l'utérus pour se rendre compte du côté où se trouve le placenta. Enfin, il remonte avec le doigt jusqu'à l'orifice interne et rompt largement la poche des eaux avec l'ongle ou un perce-membranes.

L'accouchement suit infailliblement la large rupture des membranes; cette manœuvre est d'une exécution facile, attendu qu'on a affaire, en général, à des cols de multipares au terme de la grossesse, c'est-à-dire à des cols dilatés ou très dilatables.

Les membranes une fois rompues, M. Pinard pratique le tamponnement intra-utérin avec un ballon de Champetier de Ribes soigneusement aseptisé.

Voici comment on procède à cet effet :

S'étant assuré de l'assistance de deux aides, l'un pour le chloroforme (dont on peut se passer, mais qui est parfois nécessaire chez les femmes nerveuses), l'autre pour injecter le liquide dans le ballon, et ayant pris toutes les précautions antiseptiques (désinfection des mains et des bras de l'opérateur, toilette de la vulve et du vagin), on place la femme dans la position obstétricale et on introduit jusqu'au col deux doigts de la main gauche. On ramène le col légèrement en avant, puis, sur la main gauche formant gouttière, on glisse avec la main droite une pince à courbure antéro-postérieure entre les mors de laquelle se trouve le ballon vide et plié. La pince et le ballon, enduits de vaseline boriquée ou phéniquée, sont lentement poussés à travers le col. Connaissant le point du segment inférieur où siège le placenta, c'est vers les membranes qu'on dirige l'extrémité des pinces. Grâce à la perméabilité du col, on pénètre facilement dans l'utérus. On désarticule alors les pinces et on les retire lentement en laissant le ballon dans la cavité utérine. L'accoucheur maintient sa main gauche dans le vagin pour s'opposer à la sortie du ballon pendant son gonflement et aussi pour surveiller le segment inférieur de l'utérus. Un aide injecte alors lentement dans le ballon, à travers son tube de remplissage, environ 400 grammes de liquide. Puis il ferme le robinet du tube et applique encore, par surcroît de prudence, une pince sur le tube, au-devant de la vulve.

Le ballon qui se trouve distendu dans la cavité utérine, exerçant une pression directe sur le placenta décollé, évite presque instantanément l'hémorrhagie et provoque en même temps des contractions utérines violentes, qui amènent l'accouchement à bref délai. En introduisant dans le ballon et en retirant tour à tour une certaine quantité de liquide on peut accélérer ou ralentir à volonté la marche du travail.

L'accoucheur ne doit pas quitter la malade une fois l'accouchement et la délivrance terminés, car, par suite de la perte de contractilité et de la rétractilité de l'utérus au niveau de son segment inférieur, au point où s'insérait le placenta, de nouvelles hémorrhagies sont à craindre. Si celles-ci surviennent, on les combattra au moyen d'injections intra-utérines à 48° et on rejettera systématiquement l'ergot de seigle. Dans les circonstances graves, on aura recours, en outre, au champagne frappé, aux injections d'éther et à l'enveloppement des membres inférieurs dans une épaisse couche d'ouate.

On fera bien de pratiquer les injections intra-utérines chaudes, avant même la sortie du placenta, car, en excitant les contractions de l'utérus, elles facilitent l'expulsion du délivre et préviennent les hémorrhagies.

Telle est la méthode de M. Pinard. Sur sept femmes atteintes d'hémorrhagie grave par insertion vicieuse du placenta, chez lesquelles M. Jouve l'a vu employer, six ont guéri sans avoir présenté la moindre complication ; une est morte, non pas des suites de l'insertion vicieuse du placenta dont les accidents furent conjurés, mais de septicémie, due à une tumeur utérine dégénérée. Sur les sept enfants, quatre naquirent vivants et bien portants, un était macéré et deux sont venus mort-nés. Quant à la durée du travail, depuis l'introduction du ballon jusqu'à la dilatation complète du col et l'expulsion du ballon dans le vagin, elle a été de deux heures et demie à trois heures et quart dans quatre cas, et de six heures dix minutes, de neuf heures et demie et de dix-neuf heures et demie chez les trois autres parturientes. (*La Sem. méd.*)

* * *

117.— Procédé d'anesthésie pendant l'accouchement, par M. le D^r PORROU-DUPLESSIS. (*Société obstétricale et gynécologique de Paris*. Séance du 14 avril.) — Accouchement dystocique par la face, en position mento-iliaque postérieure persistante. L'auteur a pu obtenir un enfant vivant, par deux applications obliques successives de forceps, faites à un certain intervalle, et des manœuvres d'extraction d'une extrême lenteur. Il a employé le chloroforme pendant deux heures et demie, dont une heure en anesthésie obstétricale (incomplète) et une heure et demie en anesthésie chirurgicale complète. Cette longue anesthésie a été faite sans le concours d'aucun aide, l'accoucheur ayant pu, tandis qu'il opérait, confier au mari le soin d'entretenir l'anesthésie ; ce qui n'était possible, sans trop d'imprudence, que grâce à l'appareil et au procédé d'anesthésie mixte qui font l'objet de la seconde communication.

L'appareil employé n'est autre que le cornet de la marine, modifié par le présentateur, tel qu'il l'a présenté au Congrès de chirurgie de 1886 ; modification permettant le dosage exact de l'agent anesthésique employé, le constant titrage approximatif du mélange d'air et d'anesthésique inspirés (suivant les données de P. Bert) et réduisant au minimum la quantité de chloroforme absorbée.

Quant au procédé d'anesthésie mixte, il consiste dans l'association du chloroforme du bromure d'éthyle, pour supprimer les réflexes dangereux, faciliter singulièrement la tolérance du chloroforme par les premières voies respiratoires, et réduire au minimum la période d'excitation.

Par les inhalations préalables de bromure d'éthyle, on réalise :

1° L'atténuation (comme par la cocaïnisation préalable proposée par François Franck) de la sensibilité périphérique des muqueuses laryngée, nasale (et même bronchique).

2° L'atténuation (comme par l'atropomorphine de Dastre et Morat) de l'excitabilité nerveuse centrale et de la réflectivité bulbo-médullaire.

Ce procédé d'anesthésie mixte a donné depuis deux ans d'excellents résultats non seulement à son auteur, mais aussi au Dr Richelot, qui l'a employé en plusieurs circonstances à l'hôpital Tenon.



118. — Sur l'application du forceps au détroit supérieur, par le Dr J. FÜTH. (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1892, n° 14, p. 271). — L'auteur a fait une application de forceps dans un cas de grossesse gémellaire, chez une primipare qui venait d'expulser un premier enfant, la tête du second enfant étant engagée dans le tiers supérieur du bassin. Pour dégager la tête, M. FÜTH tira d'une seule main sur le forceps, pendant que de la main droite libre, il exerçait une pression sur la tête du fœtus, à travers la paroi abdominale. La traction exercée sur le forceps était faible. Or, dans ces conditions, la tête franchit l'entrée du bassin avec la plus grande facilité, résultat qui n'avait pu être obtenu précédemment, alors qu'on exerçait une traction énergique sur le forceps saisi des deux mains.



119. — Traitement de la péritonite puerpérale. — Il faut intervenir énergiquement dès l'apparition des premiers symptômes : frisson, mouvement fébrile, douleur, et, si possible, délimiter l'inflammation, la péritonite générale étant du pronostic le plus sombre.

1° Dès le début : émissions sanguines locales : 10 ou 20 sangsues à

l'hypogastre : forme circonscrite (Charpentier), ou bien ventouses scarifiées : forme diffuse (Siredey).

2° Onctions, trois fois par jour, sur le ventre, avec 10 grammes d'onguent napolitain et glace, d'une façon ininterrompue.

3° Boissons froides gazeuses, grog, champagne, lait glacé et glace pilée contre les vomissements.

4° Contre la douleur : injections sous-cutanées de morphine ou extrait d'opium à l'intérieur à raison de 10 à 30 centigrammes par jour.

5° Lavements à la glycérine et au borate de soude.

6° Injections vaginales à dix pour cent d'acide phénique.

7° Dans la forme chronique, ou bien à la période de déclin de la forme aiguë, application d'un vésicatoire, mais en observant toutes les précautions antiseptiques. (Rev. gén. de clin.)

120. — Un traitement de la coqueluche. — C'est celui que M. Liebermeister recommande :

1° Pendant la *période catarrhale* : repos au lit et administration par cuillerée à café, toutes les heures ou toutes les deux heures, de la potion suivante :

Soufre doré d'antimoine.....	0 gr. 50
Mucilage de gomme.....	20 grammes
Eau distillée.....	50 —
Sirop simple.....	20 —

2° Dans la *phase convulsive* : inhalations avec la solution de phénate de soude, de bromure de potassium ou de salicylate de soude, potion à la cochenille et au carbonate de potasse. Combattre les accès de toux par les narcotiques (opium), les anesthésiques (morphine) ou les inhalations de 10 à 20 gouttes sur un mouchoir du mélange suivant :

Ether sulfurique.....	4 parties
Essence de térébenthine.....	1 —

Il prescrit encore la quinine et, dans la journée, deux à six cuillerées à thé d'une potion ainsi composée :

Extrait de belladone.....	0 gr. 50
Sirop d'ipécacuanha.....	25 grammes
Vin stibié.....	10 —
Eau distillée.....	150 —

3° Renouveaulement de l'air, déplacement et séjour à la campagne.



121. — Quelques principes généraux relatifs au traitement des endométrites et de leurs complications ovaro-salpingitiques, par M. BOULLENIER. (*La presse médicale belge*, n° 17, et 18, 24 avril et 1^{er} mai 1892.)

L'auteur les dégage de la lecture attentive des discussions qui encombrant chaque jour les séances des sociétés de gynécologie et d'obstétrique. Il les énumère comme suit :

1° La thérapeutique des affections des annexes utérines est étroitement solidaire de celle des affections de l'utérus comme d'ailleurs ces affections elles-mêmes sont solidaires de celles de la matrice (Le Dentu).

2° Dans les formes aiguës de pelvi-péritonite ou d'ovaro-salpingite, il convient de commencer par une thérapeutique conservatrice énergiquement antiseptique et antiphlogistique.

3° Une exception existe à cette règle ; c'est celle d'une péritonite aiguë par rupture présumée d'une poche purulente ; dans ce cas, la laparotomie ne peut être tentée trop tôt : attendre et temporiser c'est une faute.

4° Dans les formes subaiguës avec rechutes et périodes fébriles intermittentes, la même thérapeutique (curettage, dilatation, désinfection, tamponnement, injections résolutive chaudes, abondantes, cataplasmes modernes, salicylate et iodure) assure, dans un grand nombre de cas, des guérisons même radicales ;

5° Si le malade résiste, si les abcès se localisent et perdent par leur chronicité leur faculté de résolution, il convient d'agir chirurgicalement.

C'est pour les formes chroniques qu'il faut réserver les grandes interventions chirurgicales. Mais il ne faut pas immédiatement passer au sacrifice complet de l'organe et avant de recourir à l'hystérectomie chercher à bénéficier de méthodes moins destructives, la laparotomie, l'incision ou la ponction.



122. — Pilules contre la constipation. — Elles sont indiquées chez les cardiopathes quand existe de la congestion hépatique. (H. HUCHARD) :

Extrait aqueux d'ergot de seigle.....	4 grammes
Scille pulvérisée.....	3 —
Digitale pulvérisée.....	1 —
Calomel.....	2 —

F. s. a. pour quarante pilules. — Dose : trois à quatre quotidiennement, durant trois à quatre jours.

Ou bien :

Digitale pulvérisée.....	} à 5 grammes
Scille pulvérisée.....	
Scammonée pulvérisée.....	
Sirop de gomme.....	q. s.

F. s. a. pour cent pilules. — Dose : deux à trois quotidiennement.

* *

123. — Traitement de la septicémie puerpérale par les abcès hypodermiques. — C'est un nouveau cas de traitement avec guérison par la méthode des abcès de fixation, que M. THIERRY a fait connaître à la Société de médecine de Rouen.

Quatre jours après un accouchement à terme et normal, la malade accusait les symptômes de la septicémie puerpérale : élévation thermique après un frisson, rareté des lochies, inappétence, plaques diphthéroïdes sur l'orifice vulvaire et les lèvres du col, diarrhée, tympanisme abdominal. On essaye le curettage et on ramène des débris de la caduque et du placenta. On pratique chaque jour des lavages intra-utérins avec la liqueur de Van Swieten, mais les symptômes de septicémie continuent d'aller en s'aggravant.

On se décide alors à pratiquer des injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, chacune de un gramme et selon la méthode de M. Fochier (de Lyon).

Dès le lendemain la physionomie et l'état général deviennent meilleurs et les lochies perdent la fétidité de leur odeur. Un phlegmon s'est formé au niveau des piqûres et est largement ouvert. Finalement la malade guérit.

Les injections d'essence de térébenthine ont été au nombre de cinq, sur la même fesse et dans le tissu cellulaire profond qui est situé en arrière du grand trochanter. Chaque injection était suivie, à quelques heures de distance, par la formation d'une induration qui allait en augmentant et se terminait par un phlegmon sous-cutané doulou-

reux. L'incision de ces abcès fit constater de petits foyers purulents que l'on pansa avec l'onguent styrax pour augmenter et prolonger l'écoulement séro-purulent. Pour en obtenir la cicatrisation, on substitua à ce pansement la gaze boriquée.

M. Thierry a obtenu les mêmes succès, dans une dizaine de cas et après l'échec du traitement classique. Il rappelle à ce propos les faits classiques de guérison de la fièvre puerpérale à la suite de suppuration sous-cutanée [Métivier 1860, Sieffermann 1862, Cautel et Thierry (*Thèse inaugurale* 1867), Hervieux, Siredey]. A l'aide de ces notions cliniques, il pratique, depuis 1888, ce traitement à la Maternité de Rouen, dans les formes graves (forme hypertoxique et forme ataxo-adyynamique) de la fièvre puerpérale.

Il essaya d'abord l'acide phénique, l'oxyde jaune de mercure, le chlorhydrate acide de quinine et depuis le mois d'août 1891, époque où Fochier publia son premier travail, l'essence de térébenthine : il pratiqua l'injection dans le tissu cellulaire sous-dermique et sans prendre, dit-il, de précautions antiseptiques. Il ouvre le phlegmon de bonne heure.

M. Thierry ne cherche point à établir une théorie de cette médication. C'est un problème encore à résoudre ; mais il estime que l'action thérapeutique des abcès de fixation est nettement établie ; c'est un fait et cela, à son avis, suffit pour légitimer l'application de la méthode de M. Fochier.

Autre remarque. On doit continuer le traitement après l'amélioration qui suit les premières injections, car cette amélioration peut n'être que temporaire et se traduire alors par une atténuation des symptômes de la septicémie. Par contre, on le réservera aux cas graves, car, entres autres inconvénients, il est douloureux, provoque une suppuration abondante et laisse après lui de larges cicatrices. Le nombre des cas ainsi traités avec succès est de trois.

(*Rev. gén. de clin.*)

* * *

124. — Communication préalable sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus par l'alcool, de M. le Pr W. HAUFFER, de Budapest, et de M. le Dr H. SCHULTZ, assistant. (*Clinique universitaire d'obstétrique et de gynécologie.*) — Pour avoir une idée exacte de la valeur de ce nouveau traitement, nous avons

employé l'alcool sous forme d'injections, dès le mois de juin de l'année 1891, dans différents cas de cancer de l'utérus.

Les résultats favorables de ce mode de traitement ont été surprenants. On trouvera plus loin deux observations publiées *in extenso*, et il n'est pas difficile de voir que les résultats obtenus reconnaissent une toute autre cause que le hasard.

Nous avons pratiqué des injections d'alcool sur 10 personnes atteintes de carcinome de la matrice et nous aurons l'occasion de parler plus tard de ces différents cas.

1^{re} OBSERVATION. — Il s'agit d'une nullipare, âgée de 40 ans, réglée depuis l'âge de 16 ans et ressentant des douleurs considérables pendant la période menstruelle.

Les douleurs se sont montrées pour la première fois au mois de mars de l'année 1891.

Il y a des métrorrhagies profuses irrégulières alternant avec des pertes d'une nature spéciale.

Il se produit des douleurs dans la région du bas-ventre et dans la région dorsale.

La patiente se plaint d'insomnie tenace durant deux mois.

Etat présent : Le vagin est peu développé, sur la lèvre antérieure du col existe une tumeur du volume d'une noix et une ulcération sanguinolente.

On peut facilement enlever avec la pince quelques particules de tissu friable.

Sur la lèvre antérieure existe une ulcération près du cul-de-sac latéral gauche.

La lèvre postérieure à moitié ulcérée ne présente pas d'autre lésion spéciale.

Il y a une certaine résistance dans les culs-de-sac latéraux et dans le cul-de-sac vaginal antérieur. L'utérus se trouve en antéflexion.

Chez cette malade, on a fait des injections au moyen d'un instrument cinq fois plus grand que la seringue de Pravaz. On enfonce l'aiguille dans la lèvre antérieure à une profondeur de 3 à 4 cent.

Dès le début, les injections se font tous les jours. Plus tard on pratique plus rarement ces injections.

Après avoir fait ce traitement, on introduit tous les jours dans le vagin un tampon de gaze antiseptique.

A la suite d'une douzaine de séances pendant lesquelles on injecte dans les tissus pathologiques le contenu d'une ou deux seringues

pleines d'alcool l'aspect du col s'améliore, les hémorrhagies deviennent plus rares et les douleurs diminuent incontestablement.

Après la vingtième injection, la surface du col se recouvre de granulations, l'hémorrhagie cesse et les pertes n'ont plus cette odeur repoussante et caractéristique. La patiente se sent bien, a bon appétit et dort parfaitement bien.

A la suite d'une série nouvelle de 10 injections, la tumeur diminue et devient du volume d'une noisette.

Plus d'hémorrhagies ni de douleurs. Les pertes diminuent et l'aiguille pénètre dans la lèvre antérieure du col à une profondeur d'un centimètre seulement.

Vers la mi-octobre, on arrive à un total de 45 injections. Il n'y a plus de prolifération épithéliale sur la lèvre antérieure du col de la matrice. La seringue pénètre difficilement dans les tissus devenus plus fermes. Dès lors, on interrompt le traitement.

Au commencement du mois de décembre, la patiente se sent guérie. Il n'y a plus d'hémorrhagies ni de pertes fétides. Le col est recouvert d'épithélium, mais l'orifice externe de cet organe présente des inégalités.

La pointe de l'aiguille adaptée à la seringue ne pénètre plus dans les tissus.

L'utérus a perdu en partie sa mobilité.

Quatre mois après la cessation du traitement, l'état de la malade reste satisfaisant.

On saura plus tard pendant combien de temps cette amélioration persistera.

II^e OBSERVATION. — M^{me} X..., âgée de 35 ans, est réglée régulièrement depuis l'âge de 17 ans. Elle a eu ses règles pour la dernière fois 5 mois avant de venir nous consulter. Les douleurs, les hémorrhagies et les pertes fétides durent depuis 5 mois.

On commence le traitement le 5 octobre 1891. Le vagin est large, les lèvres du col fortement tuméfiées ont acquis le volume d'une pomme.

Il existe une déchirure entre les lèvres du col hypertrophiées. La surface du col est couverte de granulations.

Les tissus cervicaux sont relâchés. Ils sont le siège d'hémorrhagies fréquentes, même à la suite d'un simple examen digital.

Il existe une infiltration manifeste siégeant au niveau du tiers supérieur de la paroi vaginale antérieure.

Le processus pathologique intéresse surtout la lèvre antérieure du col.

Dans le cul-de-sac vaginal gauche reste un petit flot épithélial bien net.

L'aiguille de notre seringue s'enfonce dans les tissus friables à une profondeur de 5 à 6 centimètres.

Le traitement consiste en injections parenchymateuses d'alcool suivies du tamponnement vaginal au moyen de la gaze iodoformée. Les injections se font tous les deux jours.

La malade étant partie après la 8^e injection, nous sommes obligés de cesser le traitement.

La cure continue dès le 31 novembre. Pendant toute cette période, la patiente se trouve beaucoup mieux. Les hémorragies cessent, et les pertes fétides diminuent d'intensité. Le processus pathologique local se modifie favorablement. Les lèvres du col hypertrophiées sont en voie de régression. Pendant cette reprise du traitement, les injections sont faites d'abord tous les 2 jours et plus tard tous les jours.

Lors de notre visite, nous injectons le contenu d'une ou deux seringues spéciales. Après une série de 18 injections, la tumeur est beaucoup moins volumineuse, l'érosion du col bien limitée présente à peu près les dimensions d'un thaler.

Après une série de 30 injections, la patiente se trouve très bien, le volume de la tumeur diminue de moitié, la tendance aux hémorragies est faible et la pointe de l'aiguille s'arrête dans les tissus à une profondeur de 2 à 3 centimètres.

A la suite d'une injection, il s'est produit une fois une hémorragie arrêtée grâce au tamponnement.

En somme, on a fait à la malade 48 injections d'alcool.

Pendant toute la durée du traitement, la malade s'est portée fort bien.

Le 30 janvier, la femme retourne chez elle. La tumeur est réduite au tiers de son volume primitif. L'ulcération du col présente les dimensions d'une pièce de 5 centimes.

On peut introduire l'aiguille de la seringue à une profondeur de 0,5 centimètres seulement.

Plus d'hémorragies et pertes insignifiantes.

Quatre semaines après, le col est complètement recouvert d'épithélium.

Cette malade, de même que celle qui fait l'objet de la 1^{re} observa-

tion, faisait chez elle, deux fois par jour, des injections vaginales au moyen d'une solution de permanganate de potasse à 0,5 %.

Huit autres cas de cancer sont encore en traitement à la clinique de Budapest. Nous publierons plus tard les résultats de ce traitement et nos recherches microscopiques faites à cette occasion. Il nous reste à dire quelques mots concernant le traitement.

La femme sera placée dans le décubitus latéro-abdominal et le col mis à découvert au moyen du spéculum de Sims.

On recouvrira d'ouate l'orifice de l'urèthre pour éviter toute irritation par le liquide alcoolique.

Pour faire les injections, on emploiera toujours l'alcool absolu.

Les injections seront faites avec la seringue spéciale décrite plus haut. On injectera le contenu d'une ou deux seringues.

Certaines femmes se plaignent de douleurs pendant l'injection, surtout lorsque l'aiguille pénètre profondément dans les tissus. Ces douleurs ont une durée éphémère.

La majeure partie de l'alcool injecté reflue avec les détritits ou parties friables des tissus pathologiques nécrosés.

Nous reparlerons de l'examen microscopique de ces parties mortifiées.

En résumé, l'auteur rend un service signalé aux personnes atteintes de cancer utérin, en indiquant un nouveau mode de traitement dont les résultats méritent d'être observés attentivement et confirmés scrupuleusement.

D^r H. LAMBINON.

(*Journal d'accouchements.*)

FORMULAIRE

Traitement de la cellulite pelvienne chronique. (Jules CHÉRON.)

Lorsque la cellulite pelvienne est arrivée à la période chronique, elle se traduit par des déviations de l'utérus, variables suivant le siège de la cellulite.

Le traitement consiste essentiellement à obtenir la disparition des exsudats pelviens, à allonger les brides cicatricielles qui persistent, à rétablir la mobilité normale de l'utérus et à le ramener à sa position physiologique.

Ce résultat est obtenu surtout par le massage pelvien, beaucoup plus rapidement que par les autres méthodes anciennement employées.

Le manuel opératoire est variable suivant le siège des lésions et suivant la déviation consécutive.

Supposons qu'à la suite d'un phlegmon du ligament large gauche, il se soit fait une rétraction de ce ligament ayant entraîné l'utérus en totalité vers la gauche (sinistro-position).

Les premières séances auront pour but d'assouplir le ligament large gauche. Pour cela, deux doigts de la main gauche sont placés dans le cul-de-sac latéral gauche, et, avec la main droite, on fait une série d'effleurages et de pressions du ligament large que la main gauche soulève fortement vers la paroi abdominale. Les pressions, d'abord très légères, sont de plus en plus profondes et de plus en plus fortes, à mesure que la sensibilité diminue. Après avoir massé le ligament large, on termine la séance par une série de mouvements circulaires exercés sur la face postérieure de l'utérus avec la main droite, tandis que les doigts de la main gauche soulèvent le col et le portent en même temps en arrière, pour que la face postérieure de l'utérus soit facilement accessible derrière le pubis.

Les premières séances ne doivent pas durer plus de 4 à 6 minutes; plus tard on arrive progressivement à faire des massages de 10 à 15 minutes au maximum.

Dès la fin de la première semaine, si l'on fait une séance par jour, la douleur dans le côté gauche du bas-ventre est à peu près complètement disparue, la marche est facile, les sensations de tiraillement du côté droit sont notablement atténuées.

On peut dès lors commencer à étirer les adhérences et à essayer de ramener l'utérus vers la ligne médiane.

Voici comment je conseille de faire cette réduction :

Deux doigts de la main droite sont placés dans le cul-de-sac gauche, et enfoncés aussi haut que possible, la pulpe des doigts étant tournée du côté du col ; en même temps on refoule en arrière et en haut le cul-de-sac latéral gauche. Avec les doigts de la main droite courbés en crochet de façon à saisir la moitié gauche de l'utérus, à travers la paroi abdominale, on combine les mouvements des deux ovaires de manière à porter petit à petit l'utérus vers la ligne médiane. Lorsque la malade accuse de la douleur, on cesse la réduction pour recommencer la même manœuvre dès que la douleur est calmée. On fait ainsi une quinzaine d'étirements à chaque séance, en terminant toujours par le massage de la face postérieure de l'utérus.

La guérison demande un temps variable suivant les cas, mais l'amélioration est toujours très nette et très rapide.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

(Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

- I. — PHLEGMATIA ALBA DOLENS PUERPÉRALE CHEZ LA MÈRE
ET ÉRYSIPÈLE CHEZ L'ENFANT.
- II. — A PROPOS DU TUBAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE.
- III. — INCONVÉNIENTS GRAVES DE L'ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS
DANS LE CAS DE PYOSALPINX.

I. — Les recherches de Czerniewski, de Vidal, de Doyen ont démontré que toutes les infections puerpérales sont causées par l'introduction du streptocoque dans les organes génitaux. M. Vidal a eu le mérite de démontrer que la phlegmatia alba dolens est une variété d'infection puerpérale due, comme toutes les autres formes d'infection puerpérale, au même microbe pathogène, le streptocoque de l'érysipèle.

Dans un travail publié par la *Semaine médicale* (31 août 1892), M. Richardière rapporte un fait très intéressant qui démontre bien la nature infectieuse de la phlegmatia et les rapports de cette dernière avec l'érysipèle. Ce fait est d'autant plus utile à reproduire qu'il comporte un enseignement précieux au point de vue pratique.

La malade dont il s'agit, enceinte pour la cinquième fois, avait eu une grossesse normale, terminée par un accouchement régulier et une délivrance naturelle. Pendant les 3 premiers jours après l'accouchement, température normale. La mère allaite son enfant. Le 4^e jour, léger frisson, 38°4, nuit un peu

agitée. Pendant les huit jours suivants, pas de fièvre, bon état général. Le 12^e jour, frisson avec claquement de dents suivi de sueurs, un peu de douleur dans les jambes, fièvre : 39°9 le soir. Le lendemain matin 38°8. C'était le début d'une phlegmatia alba dolens d'abord du côté gauche, qui ne tarda pas à envahir le côté droit et qui du reste évolua dans les conditions de bénignité habituelle.

L'enfant avait été confié à une nourrice, il supportait bien ce changement d'allaitement et son poids augmentait de 20 à 30 grammes par jour, lorsqu'un mois après l'accouchement, vingt jours après le début des accidents infectieux chez la mère, il fut pris tout à coup de fièvre intense (40°) et on constata une plaque d'érysipèle sur la cuisse gauche. L'érysipèle fit des progrès rapides, malgré un traitement antiseptique consistant en bains de sulfate de fer (1) et l'enfant mourut le sixième jour. On pensa que l'érysipèle était dû, dans ce cas, à la souillure des linges appliqués sur le corps de l'enfant par les pièces de pansement de la mère ou bien qu'une épingle contaminée par l'écoulement lochial de la mère servit à emmailletter l'enfant et le piqua à la cuisse.

Voici les conclusions très légitimes que M. Richardière tire de l'observation précédente :

« Comme conclusion à l'observation que nous rapportons, dit-il, la manière dont a été contracté l'érysipèle nous paraît comporter quelques règles d'hygiène prophylactique. La nature infectieuse de la phlegmatia alba dolens étant démontrée par la clinique et la bactériologie, la possibilité de la contamination de la mère à l'enfant étant reconnue possible, il faudra, en cas de phlegmatia alba dolens, imposer d'une manière

(1) Signalons, à ce propos, les heureux résultats qu'on obtient habituellement par les badigeonnages des plaques érysipélateuses à l'aide d'une solution concentrée d'acide picrique. Ce traitement, imaginé par mon maître, M. le docteur Chéron, lui a toujours permis d'obtenir une guérison rapide de l'érysipèle : la cuisson cesse presque instantanément, la fièvre tombe dans la journée, et la plaque cesse de s'étendre, pour disparaître en quelques jours si on continue les badigeonnages d'acide picrique. Dans une dizaine de cas que j'ai traités moi-même de cette façon, j'ai été frappé de la rapidité de la guérison.

absolue l'isolement de la mère et de l'enfant. Il faudra, si la chose est possible, faire éloigner l'enfant du milieu infecté. Si l'éloignement n'est pas possible, il faudra tout au moins recommander aux nourrices et aux gardes d'éviter toute souillure des linges de l'enfant par ceux de la mère, et exiger que l'enfant soit constamment tenu éloigné de la chambre de la mère. C'est à ces conditions seulement qu'on pourra éviter la production d'accidents semblables à celui que nous signalons.

« D'autre part, la nature infectieuse de la phlegmatia alba dolens étant admise, ainsi que ses rapports avec les autres modes de l'infection puerpérale, les accouchées atteintes de cette forme d'infection doivent être traitées en conséquence. Les personnes qui leur donnent des soins doivent s'astreindre à la plus rigoureuse antisepsie, si elles veulent éviter la dissémination du germe de l'infection puerpérale et la contamination d'autres nouvelles accouchées. »

II. — Dans le même n° de la *Semaine médicale*, M. Bonnaire préconise le tubage de la cavité utérine, après dilatation préalable à l'aide d'un tube de caoutchouc à parois épaisses. C'était reprendre, en somme, l'idée du pessaire intra-utérin de Greenhalgh, en y adjoignant l'antisepsie intra-utérine.

Les indications principales de ce mode de traitement seraient, d'après l'auteur :

1° Les salpingites catarrhales, l'hydro et le pyosalpinx avec ou sans périmérite ; les salpingites chroniques ;

2° L'atrésie spasmodique du col de l'utérus ou l'atrésie incomplète congénitale du corps de l'utérus ;

3° L'endomérite du corps de l'utérus, d'origine blennorrhagique ou puerpérale ;

4° Les déviations de l'utérus par anté ou rétroflexion.

Après avoir lu consciencieusement le travail de M. Bonnaire, il ne me semble pas que son mode de tubage de la cavité utérine présente de grands avantages.

Au point de vue de l'antisepsie de la cavité utérine, dans l'endomérite puerpérale, avec ou sans curettage préalable, ce

traitement ne saurait être mis en comparaison, un seul instant, avec le tamponnement de la cavité utérine à l'aide de la gaze iodoformée.

Dans l'endométrite blennorrhagique chronique, avec sécrétions purulentes plus ou moins abondantes, le drain de caoutchouc de M. Bonnaire est bien moins pratique, bien moins facile à appliquer et à faire tolérer, sans se montrer plus efficace, que le drain en crins de Florence employé depuis longtemps par M. le D^r Chéron et bien connu de nos lecteurs.

Dans les atrésies du col, je donnerai la préférence, pour ma part, aux tiges intra-utérines de M. Lefour, tiges rigides, cannelées à leur surface, maintenues en place à l'aide d'un fil de crin de Florence, traversant le col et la partie inférieure de la tige. Quand on connaît les difficultés qu'on éprouve à dilater d'une façon durable les atrésies du canal cervical, on ne peut pas espérer de bons résultats d'un simple tube de caoutchouc, difficile à maintenir en place dans les cas de ce genre.

Enfin, compter sur l'application d'un tube de caoutchouc dans l'utérus pour réduire des antédéviation ou des rétro-déviation adhérentes, c'est un rêve ! On sait que les pessaires rigides intra-utérins secondés par l'application d'un pessaire vaginal sont insuffisants dans les déviations adhérentes, à plus forte raison le tubage doit-il se montrer inefficace. Il n'y a réellement que le massage et la réduction bi-manuelle qui aient fait leurs preuves dans le traitement de ces déviations.

On voit que, pour nous, les indications du tubage de M. Bonnaire sont plus réduites et qu'il n'y a guère de circonstances où on ne puisse faire mieux avec un autre procédé, surtout si nous ajoutons que dans les endométrites compliquées de salpingite, aussi bien que dans les endométrites simples, le drain de M. Chéron ou la gaze iodoformée sont encore préférables.

III. — MM. Rocher et Lambotte publient, dans le *Journal d'accouchements de Liège* une observation de curetage, dans un cas d'endométrite chronique compliqué de pyosalpingite,

curettage suivi de péritonite qui se termina par la mort, malgré la laparotomie entreprise comme dernière ressource.

De cette observation, ils tirent les conclusions suivantes :

« L'autopsie a démontré :

1° Que les trompes, en effet, renfermaient du pus ;

2° Que la péritonite suppurée est due à la rupture de la trompe droite, car d'une part on trouve cette trompe déchirée, et d'autre part on trouve le parenchyme utérin intact, ne présentant ni perforation, ni trace de suppuration qui puisse expliquer l'infection du péritoine.

Selon toute vraisemblance, la rupture de la poche s'est produite, pendant le curettage, par suite des tractions opérées sur l'utérus.

De l'étude de ce cas on peut conclure :

1° Qu'avant de pratiquer le curettage utérin, il faut s'assurer avec soin de l'état des annexes.

2° Que du moment que l'on constate une tuméfaction des trompes, l'opération est contre-indiquée, car le diagnostic différentiel entre une salpingite catarrhale, et le pyosalpinx peut être impossible.

3° Que le traitement de la pyosalpingite par la dilatation et le curettage utérin présente, outre son efficacité douteuse, des dangers supérieurs à la salpingotomie abdominale, car lorsqu'une rupture survient, les symptômes de péritonite ne sont suffisamment caractérisés pour autoriser la laparotomie qu'à un moment où les lésions sont déjà irréparables. »

Les observations de ce genre sont relativement rares ; elles ne sont cependant pas exceptionnelles. Nous connaissons un fait analogue, observé dans l'un des hôpitaux de Paris où on prend les précautions antiseptiques les plus minutieuses, ce qui prouve bien que l'abaissement seul est à incriminer.

Que faut-il en conclure ?

Il ne faudrait pas tout d'abord abandonner le curettage pour la raison qu'il cause parfois des accidents graves, avant de savoir si la mortalité est aussi élevée dans les cas soumis au curettage que dans ceux qui sont soumis à la laparotomie...

la statistique comparative, si elle pouvait être faite consciencieusement, serait très intéressante.

Mais ce qu'il faut retenir, c'est le danger de l'abaissement de l'utérus dans les endométrites compliquées de salpingites. Après M. Chéron, nous avons souvent insisté sur ce danger et nous ne cessons de préconiser, dans ce journal, le curettage sans abaissement, comme M. Chéron nous a appris à le pratiquer. Faut-il répéter encore une fois que le curettage « à hauteur » est aussi efficace que le curettage avec abaissement, pourvu qu'on soit bien outillé ?

C'est là la vraie conclusion à tirer de l'observation de MM. Roche et Lambotte.

Jules BATUAUD.

UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DES INFLAMMATIONS PELVIENNES

**Transfusions hypodermiques répétées de sérum
artificiel,**

Par le D^r J. CHÉRON, médecin de Saint-Lazare, Paris (1).

Depuis une quinzaine d'années, depuis la connaissance approfondie des lois de l'asepsie, la gynécologie a emprunté ses principales ressources thérapeutiques à l'intervention chirurgicale, et dans cette courte période, elle est passée par plusieurs phases, elle a subi déjà plusieurs transformations.

Aujourd'hui, nous sommes dans une phase où la grande chirurgie a pris en gynécologie une place si grande, que l'attention des gynécologistes et des praticiens s'est détournée de la gynécologie médico-chirurgicale au profit de la grande chirurgie gynécologique.

Les traités du moment sont exclusivement opératoires et tous ceux qui comme moi, s'appuyant sur une longue étude

(1) Communication faite au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Bruxelles du 14 au 17 septembre 1892.

des maladies des femmes et une non moins longue pratique, pensent et professent que la véritable gynécologie est autre chose que ce qu'on la veut faire en viennent à le dire timidement, comme je le fais aujourd'hui, craignant de rencontrer un bien petit nombre de confrères enclins à partager leur manière de voir.

Mais ce n'est, croyez-le bien, qu'un mauvais moment à passer, la gynécologie, disaient, il y a peu de temps, les chirurgiens, sera opératoire ou ne sera pas. Depuis lors les gynécologistes non moins autorisés que les chirurgiens affirment que la gynécologie sera conservatrice ou ne sera pas.

Assurément, cette dernière opinion qui déjà fait son chemin ne saurait tarder à triompher et à poser en principe l'assertion de W. Lusk, au dernier congrès triennal des chirurgiens américains *l'ablation d'un organe n'est pas une victoire mais une défaite thérapeutique.*

Entre la laparotomie et l'hystérectomie d'une part, et l'expectation de l'autre, il y a place, croyez-le bien, pour de nombreuses et utiles opérations.

Elles ne sont pas du grand domaine, ces opérations ; c'est vrai ; mais elles sont essentiellement humaines et profitables aux malades. Elles ne mutilent pas, elles conservent.

Le peu d'importance chirurgicale de ces opérations peu émouvantes, comme le disait récemment devant moi un savant opérateur, doit les faire reléguer parmi les moyens médicaux.

Reléguons-les, je le veux bien, parmi les moyens médicaux, mais permettez-moi de vous dire que le gynécologiste qui sait faire une judicieuse application du curettage, de l'ignipuncture, de l'ablation des ectropions, du hersage du canal cervical, de la dilatation, de l'électricité, du drainage de la cavité utérine par les voies naturelles, du massage local, etc., etc., est un homme utile et secourable qui rendra la santé à de nombreuses femmes qui pourront de ce fait, pour la plupart, concevoir à nouveau ou pour la première fois et porter à terme sans incident fâcheux, alors même qu'on leur aura proposé la cure radicale par la laparotomie et l'hystérectomie.

La grande chirurgie est une admirable chose et tout le premier, je rends hommage au talent des grands opérateurs qui, les moyens de l'ordre médical épuisés, interviennent avec une merveilleuse habileté que secondent si bien les ressources de l'asepsie produisant les remarquables résultats opératoires que chaque jour, nous avons l'occasion de constater.

La chirurgie s'est transformée depuis la découverte de l'antisepsie et ce qui fait sa gloire, ce qui la rend à un si haut degré supérieure à la chirurgie ancienne, ce n'est pas la pratique audacieuse et légitime assurément d'opérations nouvelles dont on n'aurait osé concevoir la possibilité il y a une vingtaine d'années, c'est qu'elle est devenue essentiellement conservatrice et qu'elle tend à le devenir tous les jours davantage.

Appliquons à la gynécologie ces principes de conservation de la chirurgie générale, et pour rendre aussi rares que possible ces brillantes interventions, pour réduire au minimum le nombre de leurs indications, il ne faut pas laisser dire que : la malade qui est restée au repos absolu pendant quelques semaines, voire même pendant quelques mois, avec des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, qui a employé des injections chaudes ou froides, des calmants, des résolutifs et des laxatifs a épuisé toute la thérapeutique médicale.

C'était, il y a dix ans encore, la thérapeutique classique. Aujourd'hui nous avons le droit et le devoir de faire mieux. Nous sommes riches de bons, d'excellents moyens, que j'énumérais tout à l'heure.

A ces moyens, je vous propose d'en adjoindre un nouveau que j'applique avec succès depuis 1885 au traitement des inflammations pelviennes (salpingo-ovarites, pelvi-péritonites, cellulites pelviennes), je veux parler des transfusions hypodermiques répétées de sérum artificiel.

Le sérum artificiel auquel je me suis arrêté en dernière analyse, après des essais comparatifs très nombreux qu'il serait trop long de rapporter ici, mais que j'ai longuement exposés dans un ouvrage dont je corrige en ce moment les dernières épreuves, a pour formule :

Acide phénique neigeux 1 p. ; chlorure de sodium 2 p. ; phosphate de soude 8 p. ; eau distillée 100 p.

Les transfusions se font, à l'aide d'instruments aseptiques, à la dose variable de 5 gr. à 100 gr., en choisissant de préférence la région rétro-trochantérienne, comme siège de la transfusion.

Ces transfusions ne sont pas douloureuses et ne présentent aucune nocuité ; elles sont facilement acceptées des malades les plus pusillanimes. A la seule condition de prendre les précautions aseptiques d'usage, elles ne sont jamais suivies d'accidents locaux et ne laissent même pas à leur suite d'induration si on fait suivre la transfusion, quelque abondante qu'elle soit, d'un massage plus ou moins prolongé de la région.

Les transfusions hypodermiques de sérum artificiel suffisent à elles seules à remplir la plupart des indications les plus importantes du traitement médical des phlegmasies péri-utérines.

Ces indications thérapeutiques, les auteurs des traités de gynécologie médicale qu'on ne lit plus aujourd'hui et c'est fort regrettable, les classaient de la façon suivante : 1° combattre la douleur ; 2° favoriser la résorption des exsudats pelviens ; 3° améliorer l'état des fonctions digestives de manière à permettre une alimentation réparatrice et à relever le plus rapidement possible les forces de la malade ; 4° combattre l'anémie consécutive dont la persistance entraîne des convalescences plus ou moins longues, alors même que l'affection locale guérit.

C'est dans ce même ordre que nous allons étudier l'action des transfusions hypodermiques de sérum artificiel.

1° Combattre la douleur.

Dans les pelvi-péritonites aiguës, la douleur est toujours très vive, si bien qu'il est de bonne pratique de recourir aux injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, pour calmer l'agitation et favoriser le sommeil. Depuis que j'emploie les transfusions de sérum artificiel, je n'ai que rarement l'oc-

casion de recourir à la morphine, la douleur est tellement atténuée dès les premières transfusions, que la journée est relativement calme et que la malade ne tarde pas à goûter un sommeil réparateur. Je conseille du reste, dans les cas aigus sans proscrire la morphine, bien entendu, de pratiquer des transfusions à faibles doses souvent répétées, jusqu'à ce que la fièvre tombe et que la douleur s'atténue par suite de la limitation du travail inflammatoire.

Les accès de colique salpingienne s'éloignent et disparaissent bientôt sous l'influence des transfusions ; on voit de même cesser les crises douloureuses pré-menstruelles qui existent dans le cas de lésion chronique des annexes, si on pratique régulièrement des transfusions hypodermiques pendant la période intercalaire.

Quant aux douleurs continues qui accompagnent les pelvi-péritonites chroniques, elles prennent rarement une acuité suffisante pour justifier l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées.

On les combat plus judicieusement avec la morphine à l'intérieur, ce qui n'expose pas les malades à devenir morphomanes. Mais ce n'est qu'un pis aller, car tous les médicaments qui dépriment le système nerveux finissent par affaiblir les malades. La sédation des douleurs obtenues par les transfusions de sérum artificiel est toujours suffisante pour qu'on puisse supprimer l'usage de tous ces calmants dont on laisse trop facilement prendre l'habitude.

2° Favoriser la résorption des exsudats pelviens.

La première fois que j'ai constaté la résorption rapide d'un exsudat pelvien ancien, organisé au point de donner la sensation d'une tumeur fibreuse, et cela alors que j'employais les transfusions hypodermiques dans le but de combattre l'état profondément anémique d'une malade épuisée par des hémorragies profuses, je me suis demandé s'il ne s'agissait pas d'une simple coïncidence.

C'était en 1885 et depuis lors, j'ai soumis aux transfusions

hypodermiques de sérum artificiel tous les cas très nombreux de pelvi-péritonite aiguë, de pelvi-cellulite, de péri-ovarite que j'ai eu l'occasion de traiter.

Dans tous les cas, la résorption a été obtenue avec une rapidité que je n'avais que bien rarement notée dans mes observations antérieures. Dès mes premières recherches, j'ai appelé l'attention des confrères qui me font l'honneur de suivre ma clinique sur les heureux résultats que j'avais obtenus. Ceux d'entre eux qui ont bien voulu expérimenter à leur tour cette nouvelle méthode de traitement n'ont pas tardé à m'apporter des observations hautement confirmatives de celles que je recueillis moi-même au jour le jour. Le fait que l'emploi des transfusions hypodermiques de sérum artificiel accélère notablement la résolution de tous les exsudats inflammatoires du bassin est donc aujourd'hui hors de contestation.

C'est interpréter le mode suivant lequel se fait cette résorption que nous devons nous arrêter un moment.

Dans tous les cas de phlegmasie péri-utérine que j'ai examiné à ce point de vue, j'ai constaté un abaissement permanent de la tension artérielle, oscillant par exemple entre 9 et 12 centimètres de mercure au sphygmomanomètre, alors que la tension physiologique varie de 16 à 18 centimètres. J'ai maintenu en observation, pendant un temps variable, un certain nombre de cas anciens, dans lesquels il n'y avait aucune tendance à la résolution, je constatais alors que la pression sanguine restait constamment à un niveau très inférieur à la normale.

Quelques cas de cellulite récente survenue chez des femmes jeunes et vigoureuses, d'une forte constitution, se sont résorbés spontanément; dans ces cas, j'ai toujours vu que la tension artérielle, plus ou moins abaissée dans les premiers jours, remontait au chiffre physiologique au moment où la résorption allait s'effectuer.

Dans la grande majorité des cas, au contraire, les malades étant de faible constitution, ou l'affection pelvienne ayant fortement déprimé leurs forces, il était nécessaire de recourir aux

transfusions hypodermiques pour relever la pression sanguine et ce n'était qu'à partir du jour où cette pression sanguine était devenue normale que la résorption commençait à se produire. Cessait-on les transfusions et l'hypotension reparaissait-elle, il y avait aussitôt un arrêt très net du travail de résolution.

De cette série de faits toujours concordants, j'étais en droit de formuler cette double conclusion :

1° L'absence de résorption des exsudats pelviens est corrélative de l'hypotension artérielle ;

2° C'est en ramenant la tension artérielle au chiffre normal ou au-dessus de la normale que les transfusions hypodermiques de sérum artificiel activent les phénomènes de résolution des exsudats pelviens.

Il en résulte que c'est l'étude de la tension artérielle qui doit servir de critérium pour résoudre ce double problème : quelle est la quantité de sérum qu'on doit transfuser chaque fois, dans un cas donné ? Quelle doit être, dans ce cas également, la fréquence des transfusions ? En agissant ainsi, on ne laisse rien au hasard et on fait de la thérapeutique vraiment physiologique.

Les doses moyennes de 5 grammes à 10 grammes produisent souvent dans les cas de pelvi-péritonite aiguë, comme dans les cas de pelvi-péritonite chronique, une élévation de deux ou trois centimètres de mercure et cette élévation persiste un jour et quelquefois davantage. C'est pourquoi je conseille de commencer le traitement par des transfusions de 5 à 10 gr. répétées (suivant l'état des malades) plusieurs fois par jour dans les cas aigus, tous les jours ou tous les deux ou trois jours dans les cas chroniques.

Mais si une transfusion de 5 à 10 gr. ayant été pratiquée, on ne constate qu'une modification légère de la pression sanguine, on ne doit pas s'attarder à répéter les petites doses, il faut faire aussitôt des transfusions de 20 grammes, 40 grammes, 60 grammes même, de façon à relever nettement la pression sanguine et à la relever d'une façon durable.

Dans les cas anciens, chez des malades épuisées, très dé-

primées, ce sont aussi les transfusions de 20 à 40 gr. qui seules ont une action durable; les petites transfusions donnent une surélévation momentanée; mais au bout de 5 ou 6 heures, l'hypotension reparaît; dans ces conditions également les hautes doses doivent être préférées à la répétition des petites transfusions de 4 à 5 fois par jour.

La règle à suivre est donc la suivante : pratiquer des transfusions assez abondantes pour obtenir une élévation nette de la tension artérielle; répéter les transfusions assez souvent pour que la tension se rapproche de la normale. Il y a même avantage à créer pendant quelque temps une hypertension légère (19 à 21 centimètres de mercure) lorsque l'exsudat est ancien, organisé, et que la résolution est lente à se produire :

Toutes les fois que j'ai pu maintenir, pendant une ou deux semaines, une hypertension légère, la résorption s'est effectuée avec une rapidité qui m'a étonné, alors que l'ancienneté des lésions ne permettait pas d'espérer de modification immédiate.

3. Améliorer l'état des fonctions digestives de manière à permettre une alimentation réparatrice et à relever promptement les forces des malades.

L'amélioration des fonctions digestives est un des phénomènes les plus frappants qui se produisent chez les malades soumises pendant un certain temps, aux transfusions hypodermiques de sérum artificiel.

L'état nauséux des malades atteintes de pelvi-péritonite disparaît dès les premiers jours, l'appétit revient et bientôt l'anorexie (si tenace contre laquelle on luttait péniblement par les autres moyens thérapeutiques) fait place à une véritable boulimie. Nous avons vu des malades qui, avant les transfusions, prenaient péniblement quelques aliments liquides, du lait, des bouillons, des œufs, demander au bout de la première semaine, des aliments solides, les bien digérer et après une quinzaine ou une trentaine de jours, faire trois ou quatre repas copieux dans la journée disant qu'elles parvenaient avec

peine à satisfaire ainsi leur **appétit**. Les digestions sont faciles, l'assimilation est complète, aussi voit-on les forces se relever rapidement et l'embonpoint antérieur revient au bout d'un temps relativement très court.

4. *Combattre l'anémie consécutive dont la persistance entraîne des convalescences plus ou moins longues, alors même que l'affection locale est guérie.*

L'anémie qui accompagne les pelvi-péritonites chroniques bénéficient de l'amélioration des fonctions digestives et sans qu'on ait recours aux ferrugineux, on voit peu à peu le nombre des globules augmenter, en même temps que leur valeur individuelle s'élève jusqu'à atteindre la normale.

Les observations que j'ai recueillies et qui vont être publiées prochainement in extenso, dans le travail que j'annonçais tout à l'heure, peuvent être classées de la façon suivante :

1^{er} groupe : pelvi-péritonites aiguës, 4 cas, 4 guérisons.

1^{er} cas : péritonite aiguë, cessation rapide de la fièvre, des vomissements et de la douleur après quelques transfusions : traitement incomplet ; deuxième poussée sub-aiguë trois mois plus tard, reprise des transfusions pendant deux mois ; guérison complète.

2^e cas : poussée aiguë de pelvi-péritonite avec syncopes répétées, mort imminente, guérison complète en trois mois.

3^e cas : pelvi-péritonite aiguë simulant une péritonite généralisée, deux transfusions par jour ; guérison complète en trois semaines.

4^e cas : pelvi-péritonite aiguë, transfusions à hautes doses ; guérison en trois semaines.

2^e groupe : pelvi-péritonites séro-adhésives et paramétrites chroniques : 182 cas, tous suivis de guérison quand le traitement a été suffisamment prolongé.

Dans ce groupe de faits la guérison a demandé un temps variable de 1 mois à 3 mois pour être complète. Quelques cas présentaient une réelle gravité, comme dans une de mes observations où le plastron abdominal dépassait l'ombilic, le

ventre ayant le volume de celui d'une femme au 9^e mois de la grossesse, tumeur dure au point d'être prise pendant quelque temps pour une tumeur fibreuse, anorexie presque complète, la guérison fut obtenue dans ce cas après 11 transfusions, et se maintient depuis 7 ans environ, comme je puis m'en assurer tous les jours, la malade étant fille de salle dans mon service de Saint-Lazare.

3^e groupe : suppuration pelvienne : 5 cas.

Dans le premier cas, la guérison est survenue après deux ponctions exploratrices ayant permis de retirer du bassin, la première deux litres, la seconde, un litre de pus,

Le deuxième et troisième, le quatrième et le cinquième cas sont des observations d'abcès pelviens ouverts spontanément dans le rectum, mais ayant laissé persister une coque plus ou moins épaisse. La suppuration s'est rapidement tarie, les forces se sont relevées, les fistules se sont fermées et les traces de l'abcès pelvien ont à leur tour complètement disparu, sous l'influence des transfusions hypodermiques.

Je suis persuadé que dans une trentaine d'autres observations j'ai eu affaire à des collections purulentes enkystées, soit dans les trompes de Fallope, soit dans le cul-de-sac de Douglas, et que l'ouverture de l'abcès dans le rectum n'a été évitée que grâce à l'emploi des transfusions hypodermiques de sérum artificiel, mais je n'ai voulu ranger dans ce dernier groupe, que les faits de suppuration pelvienne tout à fait indéniable.

D'après les faits qui précèdent, je crois être en droit de conclure que les transfusions hypodermiques de sérum artificiel représentent un moyen thérapeutique d'une haute importance dans le traitement médical des inflammations pelviennes chez la femme. Elles améliorent rapidement l'état général et possèdent un pouvoir résolutif très remarquable dans tous les exsudats pelviens.

C'est une ressource nouvelle à ajouter à celles que nous possédons déjà : injections vaginales chaudes, pansements glycéro-ichthyolés, révulsion sur les parois abdominales, badigeonnage des culs-de-sac du vagin avec la teinture d'iode,

etc., et enfin traitement indirect par la dilatation de l'utérus, le curettage et le drainage de la cavité utérine, moyens thérapeutiques dont aucun ne doit être négligé et qui, lorsqu'ils sont judicieusement employés, permettent dans la très grande majorité des cas, d'arriver à la guérison complète sans sortir du cadre de la gynécologie conservatrice.

LE DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE

Moyen pratique

par le D^r J. CHÉRON, médecin de Saint-Lazare, Paris (1).

On a fait, dans ces dernières années, une série de tentatives ayant pour but le drainage de la cavité utérine par les voies naturelles.

La première de ces tentatives date de 1883 et appartient à Scharwz assistant à cette époque de la clinique gynécologique de Halle.

Ce fut à l'aide d'un pinceau en fils de verre que Scharwz fit ses essais de drainage et il publia aussitôt quelques résultats obtenus dans l'aménorrhée et la dysménorrhée.

Je répétais les expériences de ce gynécologue et après avoir constaté que son moyen n'était pas pratique et présentait les plus grands inconvénients (particules de verre pénétrant dans la peau de l'opérateur et les muqueuses de l'opérée) je cherchai, en étudiant la question sous toutes ses faces, à créer un moyen pratique, à créer une méthode.

Le drainage de la cavité a été pratiqué après curettage par M. Doléris et par M. Fraipont à l'aide d'une bandelette de gaze iodoformée. Le moyen est d'un emploi très difficile et demande une large dilatation préalable.

C'est à l'aide de crins de Florence pliés en anses ou courbés en ériges et portés sur un petit plateau à coulisse analogue

(1) Communication faite au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Bruxelles du 14 au 17 septembre 1892.

au talon du pessaire intra-utérin de Wright, que j'ai constitué mon drain. — Je me sers de trois drains seulement. Le plus mince est composé de 22 crins, le deuxième de 50 et le troisième de 100.

Le talon du drain est fait de telle sorte qu'on peut le monter avec le nombre de crins qu'on juge utile.

L'introduction en est des plus faciles, il suffit de placer l'extrémité du drain qui émerge du porte-drain dans le méat cervical et de pousser doucement sur le piston. Le drain pénètre et est mis en place sans abaissement et sans dilatation préalables.

Action physiologique. — L'action physiologique du drainage de l'utérus n'est que l'exagération des phénomènes qu'on observe lorsqu'on introduit une sonde dans la cavité utérine et lorsqu'on agace la muqueuse en agitant un peu la sonde dans tous les sens.

Sous cette influence, le col se décolore et diminue de volume ; la cavité utérine, elle-même, se réduit dans ses différents diamètres ; la température intra-utérine diminue d'une façon appréciable au thermomètre ; la sensibilité de l'organe est éveillée sous forme de coliques utérines peu intenses ; il y a augmentation presque immédiate des sécrétions des muqueuses du col et du corps de l'utérus.

Ces phénomènes résultent de la stimulation de la muqueuse utérine (action topique) qui par ses nerfs de la vie organique ou par ses nerfs sensitifs, transmet à la moëlle une action qui est réfléchiée par les nerfs vaso-moteurs sur les muscles des parois des vaisseaux et probablement aussi sur le tissu musculaire du parenchyme, par les nerfs si bien décrits par Frankenhauser (action réflexe).

Lorsqu'un drain est laissé en permanence, des phénomènes analogues se produisent, phénomènes topiques et phénomènes réflexes.

L'action topique qui est double : action de drainage d'une part et action de contact d'autre part, est d'autant plus intense que le drain est plus irritant ; elle peut aller jusqu'à détermi-

ner une hémorrhagie avec le drain en érigne, (application au traitement des aménorrhées) elle est beaucoup plus faible avec le drain en anse.

L'action réflexe se traduit par la décoloration du col, sa diminution de volume, le resserrement de la cavité utérine, l'apparition passagère de coliques et l'abaissement de la température locale.

Vers le 2^e ou le 3^e jour, il survient un écoulement séro-sanguinolent qui devient bientôt séro-muqueux, diminue peu à peu et finit par se tarir complètement au bout de six semaines.

A cette époque, le drain est expulsé de la cavité utérine.

Action thérapeutique. — Indications et contre-indications. Favoriser l'écoulement des liquides plus ou moins retenus dans la cavité utérine, est une indication que l'on retrouve dans toutes les variétés d'endométrites (catarrhales, purulentes, exsudatives, exfoliatrice).

Dans ces cas on utilise en même temps l'action topique du drain qui agit comme modificateur par son contact permanent avec la muqueuse.

L'action irritative par contact et l'action décongestionnante par réflexion trouvent leur utilisation dans la congestion passive, l'aménorrhée et la dysménorrhée, aussi bien que dans la subinvolution avec ou sans rétroflexion.

Le drainage peut également rendre des services dans les cas de sténose et d'atrésie du méat et du canal cervical, avant ou après une opération.

Le drainage est contre-indiqué dans les inflammations péri-utérines aiguës, dans les cas de sensibilité exagérée de l'utérus et lorsque les malades ne peuvent pas prendre quelques jours de repos. Un traitement déplétif et sédatif représente la meilleure préparation à l'emploi du drainage.

Pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent l'introduction du drain, les malades doivent garder le repos au lit. Plus tard les malades devront éviter soigneusement refroidissement, fatigue et toute cause d'infection.

Applications thérapeutiques. — Le drainage est un des moyens les plus puissants qu'on puisse opposer à l'aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne. L'aménorrhée par chloro-anémie, l'aménorrhée par irritation périphérique ou aménorrhée idiopathique sont les variétés dans lesquelles il est particulièrement utile.

Les huit cas d'aménorrhées que j'ai eus à traiter par le drainage, se répartissent de la façon suivante :

a) Deux cas d'aménorrhée en rapport avec une subinvolution utérine et datant de 5 mois (obs. I) et de 16 mois (obs. II.) retour rapide des règles par le drainage qui en même temps a modifié, de la façon la plus heureuse, l'état pathologique de l'utérus.

b) Quatre cas d'aménorrhée congestive, le premier chez une chlorotique, le second chez une malade affaiblie par des accouchements répétés, le troisième par choc physique et le quatrième par choc moral (obs. VI) ; dans les 4 cas, le succès a été rapide et complet.

c) Deux cas d'aménorrhée par absence de maturation utéro-ovarienne ; pour ceux-ci les effets du drainage ont été incomplets, mais on a cependant constaté une légère augmentation de volume de l'utérus, et peut-être aurait-on pu obtenir un résultat plus encourageant en continuant le drainage plus longtemps et en lui associant la galvanisation de la matrice et des ovaires ; on sait, du reste, combien les arrêts de développement des organes génitaux sont mal remédiables, surtout lorsqu'ils sont aussi prononcés que ceux que nous avons décrits chez nos deux dernières malades.

Le drainage est indiqué dans la plupart des variétés de dysménorrhée, soit qu'on se propose de faire le développement de l'utérus et des ovaires (dysménorrhée ovarienne) ; d'augmenter la tonicité des fibres musculaires du mésoarium et du mésotrium (dysménorrhée par asthénie de Courty) ou de maintenir une dilatation permanente de l'isthme et du canal cervical.

Dans cette forme de dysménorrhée dont la cause est le

plus souvent mécanique, en maintenant séparées les deux faces du canal cervical, il fait cesser les excitations dont la muqueuse est le point de départ lorsqu'elle est irritée par une compression d'ectropions, de polypes muqueux, de gonflements congestifs, même de cette muqueuse qui est, il ne faut pas l'oublier, la zone réflexogène par excellence de l'appareil utéro-ovarien. Dans ces conditions, c'est au drain en anse qu'il faut donner la préférence ; encore faut-il que l'utérus soit habitué à son contact quand surviendront les règles pour que le drainage ne présente aucun inconvénient. Le repos au lit est nécessaire pendant les premières époques qui suivent l'introduction du drain.

L'action du drainage est remarquable dans le cas de congestion de l'appareil utéro-ovarien. Son grand avantage, en effet, est d'amener une décongestion réflexe continue et progressive jusqu'à ce que le muscle utérin ayant reconquis toute sa vitalité et toute sa contractilité, chasse le drain, comme un corps étranger devenu complètement inutile.

Il résulte de ce fait que le drainage rend les meilleurs services dans la congestion utérine chronique et dans la métrite parenchymateuse chronique à la période d'infiltration.

La sub-involution utérine après l'accouchement et la fausse couche est heureusement modifiée par le drainage. Il est permis de penser que celui-ci amène, dans le tissu utérin, des transformations histologiques à celles qui se produisent dans l'involution naturelle, tous les effets du drainage depuis la diminution de volume, de poids, de consistance et de vascularisation jusqu'aux écoulements, rappelant, d'une façon assez exacte, le tableau de la régression physiologique.

Dans les 13 cas où j'ai eu recours au drainage pour remédier à des sub-involutions utérines, les résultats ont été constamment favorables.

La diminution de longueur de l'utérus est d'autant plus grande que cet organe est plus hypertrophié avant le drainage ; on a pu le ramener parfois à sept centimètres et demi, ce qui peut être considéré comme à peu près normal chez les multipares.

En même temps que la sub-involution, le drainage combat aussi l'abaissement de l'utérus chez les multipares.

La coïncidence d'un arrêt d'involution avec la rétroflexion est une raison de plus pour recourir au mode de traitement que nous étudions dans ce travail. La principale difficulté qu'on éprouve à guérir d'une façon sérieuse et durable l'endométrite catarrhale ou purulente, malgré le traitement général et les applications topiques de toute sorte, réside dans la rétention des produits de sécrétion dans la cavité utérine. Le drainage permet seul de remplir cette indication capitale ; il est d'autant plus utile qu'il combat en même temps la congestion chronique, la métrite parenchymateuse ou la régression incomplète qui s'associent presque constamment aux altérations de la muqueuse. Dans deux cas, le premier examen avec la curette d'exploration avait permis de constater la présence de fongosités utérines qui n'ont plus été retrouvées après le drainage.

Dans le catarrhe cervical lié à une congestion intense de l'appareil utéro-ovarien, le drainage, à lui seul, peut amener la guérison, mais lorsque la congestion ne joue qu'un rôle accessoire et qu'il existe une hypertrophie glandulaire d'ancienne date, il est nécessaire d'associer au drainage l'application de topiques modificateurs ou d'intervenir chirurgicalement.

Le drainage ne peut pas faire disparaître les ectropions, mais il en arrête l'extension et il constitue un procédé rationnel de traitement préparatoire à leur excision ou à leur destruction par l'ignipuncture profonde.

Le drainage permet d'obtenir une guérison durable lorsqu'il est employé après le débridement du col dans les sténoses ou dans les atrésies du canal cervical ou de son orifice externe.

Le drainage, employé après le curettage, dans les endométrites invétérées, a assuré la guérison, après une seule intervention dans tous les cas où j'ai associé curettage et drainage.

Le drainage m'a donné trois guérisons définitives de dysménorrhée membraneuse ou endométrite exfoliante.

Dans les cas de cellulite pelvienne chronique et dans les cas de pelvi-péritonite où des masses énormes encomrent le bas-

sin, le drainage exerce une action résolutive très remarquable.

Il faut pendant quinze jours au moins, au début du traitement, pendant chaque période menstruelle condamner les malades au repos absolu.

SUPPURATIONS PELVIENNES

Et gynécologie médico-chirurgicale conservatrice,

Par le D^r J. CHÉRON, médecin de Saint-Lazare. Paris (1).

Les suppurations pelviennes : tel est le titre de la question mise à l'ordre du jour qui a motivé le beau rapport de M. le docteur Segond que nous avons entendu ce matin.

Dès la première minute, malgré le désir du rapporteur, la question est restée enfermée dans les limites les plus étroites : Laparotomie et Hystérectomie ; le rapport et la discussion ne sont pas sortis de là.

Il me semble que, malgré le grand intérêt qui s'attache à la remarquable opération de Péan si bien vulgarisée par Segond, la question des suppurations pelviennes eût gagné à se voir traiter avec quelque ampleur.

Les suppurations pelviennes sont le dernier terme, malheureux, des inflammations pelviennes. Qui dit suppurations pelviennes dit aussi inflammations pelviennes antécédentes. Ne vous eût-il pas semblé fort intéressant de mettre, en même temps, au jour, la manière de traiter et de diriger les inflammations pelviennes pour les empêcher d'aboutir à ces suppurations auxquelles on a réservé aujourd'hui, dans ce Congrès, une place exclusive.

Dans ma carrière de gynécologiste déjà bien longue, en 28 années d'exercice, j'ai vu des inflammations pelviennes en grand nombre, mais je n'ai pas vu des suppurations pelviennes à l'avenant. Il n'y en a pas tant que ça !

(1) Communication faite au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique tenu à Bruxelles du 14 au 17 septembre 1892.

Dans les services des grands chirurgiens que je viens de nommer et dont je m'honore d'être l'ami, j'ai pu constater les beaux résultats que donne l'hystérectomie dans les cas graves de suppurations pelviennes ; j'ai pu constater aussi la supériorité de l'hystérectomie dans les cas de poches purulentes adhérentes, non énucléables, mais j'ai pu constater aussi que le nombre en est très limité.

Si le nombre des cas de suppurations pelviennes est aussi limité que cela, il y a donc, de ce fait, un intérêt encore plus grand à faire connaître le traitement médico-chirurgical des inflammations pelviennes d'où elles dérivent.

Ce n'est pas dans les cinq minutes que m'accorde le règlement que je pourrais traiter la question ; je me propose de le faire dans ma communication de demain.

Maintenant, laissez-moi vous dire, en réponse à la façon un peu dédaigneuse dont M. Segond a parlé de ce qu'il appelle la médecine conservatrice en gynécologie, qu'il semble vouloir confondre avec la médecine expectante oubliée depuis longtemps, laissez-moi vous dire que cette médecine qu'il faut aujourd'hui dénommer : *gynécologie médico-chirurgicale conservatrice*, n'a rien de commun avec l'expectation d'il y a quelques années. Nous avons suivi le mouvement. Et sachez-le bien, le médecin gynécologiste qui aujourd'hui sait faire une judicieuse application du curettage, de l'ignipuncture profonde, de l'ablation partielle ou totale du col, l'excision des ectropions, du hersage du canal cervical, de la dilatation, de l'électricité, du drainage de la cavité utérine, du massage local, etc., est un homme utile, qui rend de grands services aux malades et qui, loin de préparer, en favorisant l'infection des annexes, comme le disait tout à l'heure un des orateurs qui m'ont précédé *des malades pour les cabinets des chirurgiens*, empêche au contraire la propagation de cette infection, arrête dans leur développement et guérit des inflammations pelviennes qu'il soustrait ainsi à la laparatomie et à l'hystérectomie.

Le grand titre de gloire de la chirurgie rénovée par l'antisepsie, c'est la conservation. Aussi, me suis-je étonné d'entendre

tout à l'heure limiter la chirurgie de la façon suivante : On fait de la chirurgie, nous a dit M. Segond, quand on coupe, quand on enlève quelque chose, et lorsque vous soignez avec votre remarquable talent une fracture communitive, ouverte, un membre que l'ancienne chirurgie n'aurait pu conserver et que vous sauvez aujourd'hui, sans ablation d'aucune portion d'organe, ne faites-vous pas de la belle et bonne chirurgie ? Et tant d'autres exemples !

Croyez-moi, la *gynécologie médico-chirurgicale conservatrice* n'est point une *médecine ancestrale* qui nous ramène vers le passé, elle représente un intermédiaire utile, indispensable, entre les grandes opérations dont vous venez de faire l'apologie et l'expectation de quinze ans en arrière ; elle contient l'ardeur des chirurgiens, elle rend les plus grands services aux malades, et loin de préparer de la besogne à la grande chirurgie, elle diminue chaque jour l'étendue de son domaine.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juillet 1892.

OVARIOTOMIE DOUBLE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE ; CONTINUATION DE LA GROSSESSE ; ACCOUCHEMENT A TERME D'UN ENFANT VIVANT.

M. POLAILLON présente une femme qui était enceinte de trois mois lorsqu'elle a subi l'ablation des deux ovaires ; ils étaient atteints de dégénérescence kystique. Malgré cette opération, la grossesse a continué normalement et s'est terminée par l'accouchement à terme d'un enfant bien portant.

Il est extrêmement rare d'observer la continuation de la grossesse, lorsque l'utérus gravide vient à être privé brusquement de la majeure partie de ses vaisseaux nourriciers par la

ligature des artères et des veines utéro-ovariennes contenues dans les pédicules des ovaires enlevés à droite et à gauche.

Chez cette malade, la circulation de l'utérus et du placenta s'est rétablie d'une manière complète par les artères et les veines du segment inférieur de l'utérus.

Le kyste droit et l'ovaire gauche, lequel était dégénéré et gros comme un rein, avait un pédicule lamelliforme qui fut lié en deux faisceaux par un fil de soie plate.

A droite, la trompe avait contracté avec le kyste des adhérences qu'on a dû décoller. La plaie du décollement donna une grande quantité de sang en nappe. Il en fut de même des petites plaies qui résultèrent de la rupture des nombreuses adhérences du kyste avec l'épiploon.

L'ovaire du côté droit fut également extirpé, il était gros comme un œuf de poule et le siège d'une dégénérescence kystique.

Les suites de cette double ovariectomie furent des plus simples et la gestation suivit son cours sans accident.

En examinant le ventre de la malade, on voit que la cicatrice de la laparotomie reste solide et qu'il n'y a pas eu d'éventration à la suite de la distension des parois abdominales par le fait de la grossesse.

M. PÉAN. — Je suis surpris que la malade de M. Polaillon ait perdu autant de sang au cours de son opération. En raison de l'état de grossesse de cette malade, il était indiqué de restreindre, chez elle au minimum l'écoulement sanguin opératoire. Ce résultat s'obtient assez facilement quand on a la précaution de ne sectionner les adhérences qu'entre deux pinces placées préventivement. Ce pincement préventif doit être employé non seulement pour les adhérences, mais pour tous les tissus qui doivent être sectionnés.

M. POLAILLON. — J'ai pris toutes les précautions possibles, y compris le pincement préventif, sans lequel la malade aurait perdu beaucoup plus de sang. Du reste, l'écoulement se faisait en nappe et je ne sache pas que dans ce cas le pincement soit suffisant. Je me suis alors servi d'éponges phéniquées et l'hémorrhagie s'est arrêtée facilement.

Je dois dire que la présence de la grossesse a été une des principales causes de cet écoulement sanguin, parce que, en

dehors des adhérences, les vaisseaux des trompes et de tous les organes placés dans le voisinage étaient considérablement dilatés. (La Semaine méd.)

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DE
GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE.

PREMIÈRE SESSION. — BRUXELLES, 14 SEPTEMBRE 1892.

Extrait du Rapport sur le « Placenta prævia ».

Par le D^r BERRY HART, d'Edimbourg.

Introduction. — En traitant ce sujet au Congrès, le rapporteur n'entend pas en présenter un résumé historique, mais il essayera de donner, aussi brièvement que possible, l'ensemble des connaissances les plus récentes sur la question avec l'aide de pièces macro et microscopiques.

Définition du placenta prævia. — Rendue possible par nos connaissances croissantes de la nature du segment inférieur et la façon dont il se comporte pendant le travail.

Le placenta est dit *prævia* quand il s'insère en partie sur le segment inférieur de la matrice.

Nos connaissances sur l'anatomie exacte du segment inférieur sont encore incomplètes, ainsi que nous le démontre le fait de ne pouvoir définir anatomiquement le segment inférieur aussi clairement qu'il est indiqué pendant le travail sous l'influence de l'action utérine.

Fonctionnellement, nous pouvons en outre définir le placenta *prævia* comme l'insertion du placenta sur cette partie même de l'utérus qui subit une expansion pendant le travail, conduisant ainsi à la séparation de la portion *præviale* (*prævia* portion).

Aperçu des idées d'Hofmeier concernant la fonction de la caduque réfléchie dans le placenta *prævia* : modification apportée par Kaltenbach dans la définition.

Discussion sur la nature de la caduque réfléchie et action de villosités sur celle-ci.

Mécanisme de cette séparation et ses conséquences :

a. Examen de l'aire du segment inférieur à la fin de la grossesse.

b. Changements apportés par le travail dans l'aire du segment inférieur.

c. Anatomie de la couche spongieuse au point de séparation spécialement considérée au point de vue de l'hémorragie.

d. Mécanisme exact de la séparation de la portion præviale ; cause de l'hémorragie et mécanisme de son arrêt.

Traitement. — Quoique le traitement doive forcément varier dans ses détails en pareille circonstance, devrait être soumis aux conditions suivantes :

I. Observer les règles de l'antisepsie et éviter toutes les chances d'infection. Ces précautions excluront un traitement prolongé.

II. Pleine reconnaissance de la plus grande valeur de la vie de la mère.

III. Connaissance du mécanisme naturel de l'accouchement en pareil cas. Ce mécanisme peut être établi brièvement comme suit :

« Dans un accouchement normal, les membranes se séparent du segment inférieur de l'utérus pendant le premier temps du travail. En cas de placenta prævia, la différence consiste en la séparation d'une partie du placenta du segment inférieur forcément très vasculaire. » Il en résulte une hémorragie à laquelle nous devons obvier.

Nous y arrivons le mieux par la version bi-polaire. L'accouchement s'effectue alors comme dans une présentation des pieds

Discussion d'autres méthodes et leurs statistiques.

Conclusion du Rapport de A. MARTIN (Berlin), sur la grossesse extra-utérine.

1. L'étiologie de la grossesse extra-utérine est encore très obscure. Les hypothèses actuelles n'expliquent que quelques cas isolés, et non d'une manière irréprochable. Nous ne serons exactement fixés sur cette question que lorsque la physiologie de l'imprégnation sera connue.

2. L'insertion tubaire de l'ovule est la plus fréquente ; l'insertion ovarienne n'est pas aussi rare qu'on l'a avancé dans ces derniers temps.

3. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine reste un diagnostic de probabilité pour tous les cas, sauf cependant ceux dans

lesquels on peut observer la croissance de la poche fœtale hors de l'utérus, la formation intra-utérine d'une caduque sans chorion manifeste ou le produit lui-même.

4. L'issue ne se fait que rarement par métamorphose régressive (formation de lithopédion, momification). Dans la plupart des cas, la mort de l'ovule se produit par hémorragie dans le sac fœtal ou dans l'ovule lui-même. On voit se produire alors ou l'évacuation du sang dans la cavité abdominale par l'orifice abdominal de la trompe (avortement tubaire) ou rupture dans la continuité de la trompe (dans la cavité abdominale ou dans le ligament large). Cette hémorragie s'arrête rarement. Dans la majorité des cas, la mort survient par anémie ou par péritonite, dont l'étiologie est encore inconnue.

5. On doit considérer et traiter la grossesse extra-utérine comme un néoplasme dangereux. Les cas de développement *ad terminum* sont tellement rares, qu'en respectant la vie de l'enfant, on sacrifie la mère.

6. Par conséquent, la thérapeutique de choix est l'intervention opératoire entreprise aussitôt que possible, dans toutes les variétés de grossesse ectopique. Le traitement par les injections de morphine ne donne que des guérisons tardives. On ne peut apprécier encore la valeur du traitement par l'électricité, car il n'existe pas d'observation exempte de reproche.

(*Journal d'Accouchements*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY.

Séance du 11 mars 1892.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE SUIVIE DE RUPTURE DE LA TROMPE.

Dans l'une des observations de M. Rémy, il y eut des phénomènes d'hémorragie interne avec symptômes graves. Au moment où les soins sont donnés à la malade, c'est-à-dire plusieurs heures après le début des accidents, l'hémorragie semble arrêtée et la femme paraît se relever. Trois jours après, il y eut des phénomènes d'occlusion intestinale combattus efficacement par des lavements purgatifs. A la suite d'une laparotomie ultérieure pratiquée pour enlever les caillots parmi lesquels on trou-

ve le fœtus de 9 semaines environ, il y eut suppuration et plus tard mort par consommation.

Dans le second cas, la femme eut aussi un malaise subit, suivi d'affaiblissement, anémie, ballonnement du ventre ; appelé quelques jours après, M. Remy trouve le col en avant et une tumeur en arrière, il pense d'abord à une rétroversion d'un utérus gravide, essaie doucement la reposition. Sur ces entrefaites, la femme expulse une caduque vraie. Le diagnostic s'impose : la tumeur était une hématocele provenant de la rupture d'une trompe gravide. Il assiste à la disparition graduelle de la tumeur, et l'utérus vient enfin reprendre sa situation normale, les règles reviennent et la femme retrouve la santé.

M. Herrgott père rapporte brièvement deux cas personnels de grossesse tubaire terminés par hémorragie et mort rapide. — A l'époque où ces faits se présentèrent à son observation, la laparotomie n'était pas une opération courante ni relativement bénigne ; aussi, les hésitations légitimes du médecin en présence de cas de ce genre ne seraient-elles plus aussi admissibles à l'heure actuelle. — Aujourd'hui, quand une femme enceinte au 2^e ou 3^e mois présente des phénomènes d'hémorragie interne, l'indication est l'intervention immédiate, sauf contre-indications spéciales. M. Herrgott rappelle ensuite que les grossesses extra-utérines peuvent persister pendant longtemps, sans même empêcher d'autres grossesses normales de survenir, ainsi que l'établissent les recherches faites sur le sujet par Bubendorf (Th. de Nancy).

M. Alph. Herrgott fait remarquer que si l'intervention opératoire est nettement indiquée dans les circonstances dont il s'agit, cette intervention n'est pas toujours possible à temps, étant donné les préparatifs et préliminaires, indispensables de l'opération. D'un autre côté, il peut exister des contre-indications à la laparotomie, comme dans la 2^e observation de M. Rémy, où l'état de shock a fait suspendre et avec raison l'intervention chirurgicale, bien que le diagnostic présentât toute la précision désirable. Aussi, M. Herrgott croit-il qu'on peut formuler la conduite générale du médecin en disant :

Lorsqu'on a affaire à une grossesse extra-utérine et que la femme se porte bien, on peut toujours s'attendre à ce que le kyste fœtal soit toléré (thèse de Schühl), et l'expectation s'impose. — Il suffit de surveiller attentivement, de prévenir la femme ou l'en-

tourage des accidents possibles et de prendre ses dispositions de façon à pouvoir intervenir aussitôt leur début s'ils surviennent et s'il n'existe pas de contre-indication à l'opération.

La communication de M. Rémy est renvoyée au Comité de publication.

(*Rev. méd. de l'Est.*)

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE
POÉDIATRIE DE BORDEAUX.

Séance du 9 février 1892.

RÉTROFLEXION AIGUE: RÉDUCTION DIGITALE.

M. Audebert fait une communication sur un cas de rétroflexion aiguë survenue chez une femme en dehors de la période puerpérale, et dans lequel il a pu, deux fois, réduire le déplacement avec les doigts, dans la position genu-pectorale et sans chloroforme.

M. Lefour croit que ce mode de rétroflexion mériterait d'être appelé rétroflexion instantanée. D'ailleurs, on trouve, dans certains auteurs, la distinction des rétroflexions en brusque et en lente. Cette forme de rétroflexion est certainement rare, mais moins cependant que ne le croit M. Audebert. Schultze, Hegar, Kaltenbach et Hofmeier, etc., disent en avoir observé un certain nombre de cas.

Au point de vue pathogénique, bien que l'on soit en dehors de la période puerpérale, il paraît s'agir là d'un fait de subinvolution, à cause surtout de la mollesse de l'organe. Etant donné cette mollesse, la constipation peut avoir causé la rétroflexion. Ce sont la constipation et la réplétion de la vessie qui, d'habitude, sont les deux causes importantes de ce déplacement. Aussi est-il nécessaire que ces malades vident souvent leur vessie après la réduction de l'organe si elles veulent éviter une rechute.

Au point de vue du traitement, M. Lefour préfère pratiquer la réduction sous le chloroforme ; en effet, l'anesthésie évite la douleur souvent considérable liée à cette manœuvre et, surtout, empêche les résistances musculaires.

M. Rivière tient à rappeler un fait analogue à celui de M. Aude-

bert et qui vient à l'appui de l'observation faite par M. Lefour. Il y a quatre ou cinq ans, il fut consulté par la femme d'un garçon de laboratoire de la Faculté qui avait, depuis une quinzaine de jours, des vomissements incoërcibles. Cette dame était enceinte. De plus, en l'examinant, il découvrit une rétroversion utérine très marquée, qui lui parut être la cause de ces vomissements. Il se décida à pratiquer la réduction, en plaçant la malade dans la position genu-pectorale. Cette réduction fut très facile, et les vomissements disparurent de suite. Sept à huit jours après, cette femme resta très longtemps sans uriner. Le soir, elle fut reprise de douleurs et de vomissements. La rétroversion s'était reproduite. Elle fut de nouveau très facilement réduite et les accidents disparurent.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 25 Juin 1892.

Rapport de M. Hubert, de la Commission à laquelle a été renvoyé le travail de M. le docteur Lauwers, à Courtrai, intitulé : *Deux observations d'opération de Porro. Un cas de déchirure de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement, traité par l'hystérectomie abdominale.*

La nouvelle communication de M. Lauwers contient la relation de trois amputations utéro-ovariques pratiquées avec succès.

Les deux premières opérations ont été faites pour délivrer des femmes atteintes de rétrécissements de bassin, l'une de 65 à 68 millimètres ; l'autre de 60 à 70 millimètres. La première de ces femmes était près du terme, la seconde en travail depuis vingt-quatre heures. Longue incision abdominale ; utérus attiré au dehors, selon le procédé de Muller, de Berne, étreint dans une ligature élastique, puis incisé. Dans le premier cas, le moignon utérin a été fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale, dans le second, il a été traité selon le procédé de Hégar.

Les deux enfants ont été sauvés et les deux mères ont eu des couches normales. Le rapporteur dit qu'il n'éprouve aucun enthousiasme pour le procédé de Muller, et reste partisan de l'opération césarienne. Il ne se résigne à amputer la matrice et ses annexes que dans trois cas qu'il cite.

La troisième observation concerne une pluripare arrivée à la période d'expulsion, dont la matrice se déchira pendant une violente contraction. M. Lauwers, appelé trente-deux heures après l'accident, pratiqua la laparotomie et fit l'amputation de la matrice. M. le rapporteur relate l'opération, indique le procédé nouveau employé par l'auteur et entre dans quelques considérations concernant les moyens qu'il emploie.

(*La Clinique de Bruxelles.*)

REVUE DE LA PRESSE

LA FOLIE MENSTRUELLE,

Par le Professeur BALL (1).

L'influence des fonctions génitales sur les fonctions intellectuelles est considérable, et il n'est pas étonnant que leur établissement, surtout chez la femme, joue un rôle de première importance dans leur fonctionnement. Les accidents cérébraux qui sont sous la dépendance de la menstruation peuvent être étudiés séparément suivant qu'ils se produisent avant, pendant ou après la période d'activité utérine. Ces troubles sont très fréquents pendant la période qui précède la puberté ; ils s'observent souvent aussi au moment de la ménopause ; mais il ne sera question ici que de ceux qui surviennent en pleine vie génitale.

Les travaux sur ce sujet abondent ; il n'est pas moins intéressant de rappeler qu'un des premiers faits relatifs à cette question est le cas suivant, observé en 1823. — Une femme fut jetée en prison, à cette époque, pour avoir tué son enfant et condamnée à mort, sans qu'elle eût pu d'ailleurs expliquer en aucune façon son crime. Cependant on remarqua, pendant son séjour en prison, qu'elle était prise de troubles cérébraux à chaque période menstruelle ; elle fut dès lors examinée plus complètement et bientôt internée dans un asile. Depuis ce moment, nombre de faits semblables ont été observés.

Les phénomènes qui se produisent au moment de la menstruation sont très nombreux et sont, pour la plupart, d'ordre congestif, por-

(1) *Annales de Psychiatrie et d'hypn.*, février 1892.

tant sur des organes très divers ; souvent ils intéressent le système nerveux tout entier. Ainsi s'expliquent les troubles périodiques et passagers qu'on peut voir survenir à ce moment. — Une jeune fille de dix-neuf ans, née de parents nerveux, bien portante habituellement, entrée dans mon service pour des troubles de ce genre, était réglée régulièrement, mais était sujette à ce moment à des accès d'asthme et souffrait en même temps de coliques utérines très vives. Il y a six mois, après une violente émotion, les règles s'arrêtèrent et il survint un accès de manie avec hallucination qui dura une dizaine de jours. Elle se remit complètement, mais à la menstruation suivante les troubles cérébraux se reproduisirent et, depuis ce moment, ils se renouvellent à chaque époque menstruelle. Cet accès de manie est caractérisé surtout par une loquacité excessive, fait très habituel chez la femme, de l'agitation, des visions partielles, etc... Il y a des phénomènes agressifs ; l'accès dure toujours huit à dix jours, puis tout rentre dans l'ordre ; mais, fait bien particulier, la malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Or, c'est là un point important, car un aliéné qui ne se souvient en rien de ses accidents cérébraux est beaucoup plus éloigné de la guérison que celui qui se rappelle ses accidents, en parle et surtout ne rougit pas d'en parler.

Chez cette malade, il y a coïncidence absolue entre les accès de manie et l'époque des menstrues ; de plus, les douleurs d'autrefois ont complètement disparu, comme s'il y avait une sorte de balancement entre ces douleurs et l'état cérébral. Quant à la raison de ces accidents, on la trouve surtout dans la prédisposition ; son père est sujet à des accès lyémaniques, sa mère est névropathe ; elle a une sœur hystéro-épileptique ; quant à elle, elle a été surmenée par un travail intellectuel excessif au moment de passer ses examens.

Il est notoire, d'ailleurs, qu'au moment de la menstruation, la plupart des femmes éprouvent quelque phénomène insolite intéressant, la plupart du temps, le système nerveux. Le fait le plus commun est la migraine, qu'on peut regarder comme le début d'une légère excitation cérébrale. Mais, à côté de ce phénomène si habituel, on voit survenir des bizarreries de caractère atteignant quelquefois un degré excessif. Chez les hystériques et surtout chez les épileptiques, il y a très souvent provocation de l'accès. Mais, parmi les troubles intellectuels, ce que l'on observe le plus souvent est une modification de l'humeur ordinaire, qui devient essentiellement querelleuse, contradictoire, au point de rendre la vie commune, à ce moment, pénible.

ble; souvent, aussi, le sentiment de la jalousie prend alors une exaltation tout à fait malade.

Dans les cas de ce genre, il ne s'agit que de troubles intellectuels ou moraux qui ne sont que l'ébauche d'accidents plus graves. Mais les observations abondent dans lesquelles on voit survenir de la dipsomanie, de la kleptomanie, etc. On a signalé aussi fréquemment l'érotomanie, et on connaît l'observation de cette malade qui, dans un état d'excitation génitale extraordinaire, demandait à ce moment à être conduite dans une maison de prostitution.

Le plus grave de tous ces troubles vésaniques est la folie homicide, et il en existe un certain nombre de cas bien connus; toutefois, on observe beaucoup plus souvent un délire généralisé et non spécialisé; c'est la manie proprement dite, et elle éclate presque toujours pendant le flux du sang. Tous ces accidents cessent avec les règles ou peu de temps après. Cependant, on voit les malades tomber dans la manie chronique; on peut encore observer la forme mélancolique, et c'est ce que l'on voit en particulier chez les jeunes filles au moment de l'apparition des premières règles, ces troubles morbides pouvant disparaître ensuite.

Le pronostic de la folie menstruelle est, en effet, relativement favorable; elle guérit assez souvent, mais il faut ici tenir grand compte de la prédisposition. Avec cette réserve, la thérapeutique a ici plus d'action que dans les autres formes. Les émissions sanguines au moyen de sangsues, l'emploi des vésicatoires, peuvent avoir quelque utilité, mais le médicament principal à employer est le bromure de potassium, médicament essentiellement génital. C'est lui qui peut être utilisé dans toutes ces formes atténuées, qui sont presque physiologiques et qui pourtant ne sont pas sans importance. Enfin, quand il s'agit de manie véritable, il ne faut pas oublier qu'à côté de l'opium, de la morphine, de l'atropine, le tartre stibié à faible dose constitue un hyposthénisant très efficace et qu'on emploie beaucoup en Angleterre, surtout pour calmer les excitations de ce genre.

LES FIBROMES UTÉRINS PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

L'hiver dernier, se présenta à la Maternité une femme enceinte de trois mois et demi, et atteinte d'un fibro-myome utérin. Cette tumeur siégeait sur le segment inférieur de l'utérus, occupait le petit bassin et semblait rendre l'accouchement impossible.

À la suite de diverses circonstances, la temporisation fut décidée.

Jusqu'au septième mois, le myome ne cessa d'augmenter de volume. et à cette époque il débordait le détroit supérieur.

À partir de cette époque, il remonte dans l'abdomen, et au huitième mois on pouvait atteindre le col jusque-là insaisissable.

Pendant le neuvième mois, le myome continua de se ramollir, de s'assouplir et de remonter progressivement. Quelques jours avant l'accouchement, on le sentait dans l'abdomen, on ne le sentait plus dans le petit bassin. L'accouchement se termina très bien et pour la mère et pour l'enfant.

On pouvait alors trouver le myome : il siégeait à l'union du col et du corps, sous le péritoine, et avait bien le volume du poing.

Trois mois et demi après, son volume n'égalait plus que celui d'une grosse noix, si bien qu'aucune intervention ne fut proposée.

Cette observation confirme donc ce que d'autres faits avaient montré : il ne faut intervenir qu'à la dernière limite.

(*Jour. des sc. méd. de Lille.*)

DE L'ALLAITEMENT MATERNEL CONSIDÉRÉ SURTOUT AU POINT DE VUE DES
GALACTAGOGUES,

Par Mme Olga GRINIEWITCH (*Thèse de Paris, 1892*).

On ne peut que féliciter la nouvelle doctoresse du sujet même qu'elle a pris pour sa thèse inaugurale, qui traite d'une des fonctions les plus importantes de la femme, la lactation.

Son travail se divise en deux parties distinctes. Dans la première Mme Griniewitch fait une étude surtout documentaire du lait, au point de vue de la constitution chimique de ce liquide, elle n'a peut-être pas assez mis au courant la question de la caséine d'après les travaux de M. Duclaux qui n'admet la présence comme substance albuminoïde que de la caséine, mais à des états physiques différents.

Après l'état du liquide vient celle de son administration, c'est-à-dire de l'allaitement.

L'auteur adopte la classification suivante : 1° alimentation naturelle comprenant l'allaitement direct soit au sein de la mère, soit à celui d'une nourrice ; 2° alimentation artificielle, comprenant l'allaitement direct à la mamelle d'un animal, l'indirect ou au biberon, à la timbale et à la cuiller, enfin la nutrition par des succédanés artifi-

ciels ; 3^e alimentation mixte ou emploi simultané de l'alimentation naturelle et de l'artificielle.

Dans des chapitres qui ne manquent pas de littérature, notre confrère fait un chaud plaidoyer en faveur de l'allaitement maternel et jette l'anathème à toute femme qui, le pouvant, ne nourrit pas elle-même son enfant.

La seconde partie du travail comprend l'étude proprement dite des galactagogues. C'est d'abord un résumé et un catalogue de tous les moyens employés pour augmenter la sécrétion lactée. Les moyens externes comme la succion et le trayage ont une valeur telle qu'ils sont capables de provoquer la venue du lait chez les vierges, les femmes non accouchées récemment et même chez les hommes. Le massage, l'électricité, d'application plus moderne, donnent des résultats très nets que l'auteur a pu vérifier pour la seconde. Les applications locales ont une action qui demanderait à ne pas être négligée.

Comme moyens internes la nourriture abondante et hygiénique, certains féculents, les lentilles, la farine d'avoine favoriseraient l'allaitement, de même que les boissons, la bière en particulier ; le sel marin parmi les substances minérales jouirait des mêmes propriétés.

L'auteur, avant de nous donner ses propres expériences, a exhumé des livres plus ou moins anciens toute la sequelle des simples réputées herbes à lait, dont quelques-unes mêmes n'ont pu être retrouvées de nos jours (1).

Mme Griniewitch en a mis quelques-unes à l'étude, le galega (2) ou l'ortie brûlante, le cumin, l'anis, le fenouil. Les observations, quoique restreintes, portent sur la femme et sur la vache. L'administration de ces plantes en nature ou sous forme de préparations pharmaceutiques a toujours augmenté notablement le rendement journalier du lait ; elles doivent donc compter comme galactagogues.

D^r H. GILLET.

IMPERFORATION DE L'HYMEN.

M. Adenot rapporte un cas d'imperforation de l'hymen qu'il a observé avec M. Marduel.

Il fut appelé auprès d'une jeune fille de treize ans et demi, non réglée, pour une rétention d'urine. La vessie remontait jusqu'au-dessus

(1) Voir : CH. ELOY, De l'allaitement (*Thèse de Paris*, 1874).

(2) CARRON DE LA CARRIÈRE, *Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1891.

de l'ombilic et la malade accusait de vives souffrances ; le cathétérisme, qui fut fait avec une extrême facilité, donna un litre d'urine ; un examen attentif montra que le méat urinaire était étalé par suite de la distension de l'hymen imperforé.

L'incision de l'hymen fit écouler un litre de sang couleur groseille qui se trouvait dans le vagin. L'utérus, qu'on pouvait sentir d'abord au niveau de l'ombilic, redescendit peu à peu dans le bassin.

M. Rendu a observé un fait analogue dans le service de M. Laroynne. Une jeune fille de 14 ans accusait depuis quinze jours de vives souffrances dans le dos et les aines, avec lassitude, courbature et constipation.

A la vulve on constatait la présence d'une tumeur lisse, fluctuante, ayant l'aspect d'une tête de fœtus. Le toucher anal montrait que le vagin était distendu et fluctuant ; en avant, on sentait par la palpation une tumeur qui remontait de deux travers de doigt au-dessus du pubis.

L'hymen fut ouvert au bistouri et il s'écoula un demi-litre de liquide chocolat.

Ce n'est qu'après deux ou trois jours seulement que le toucher vaginal permit d'atteindre le col de l'utérus.

(Province médicale.)

LA VULVO-VAGINITE GONORRHÉIQUE CHEZ LES PETITES FILLES

Par le professeur A. EPSTEIN, Prague (*Arch. f. Dermat. et Syphilis*, 1891).

Les écoulements vulvo-vaginaux chez les petites filles ont été dans le cours de ces dernières années l'objet de nombreuses recherches. Il est très important de connaître l'origine et la nature de ces écoulements. E. expose la question au point de vue historique et prouve qu'avant la découverte du gonococcus de Neisser en 1879, la plupart des médecins admettaient déjà une gonorrhée leucorrhéique contagieuse des petites filles.

E. distingue la vulvo-vaginite gonorrhéique des nouveau-nées et celle des petites filles de 2 à 10 ans. Il estime que généralement la maladie est due à la contagion soit directe soit indirecte. Il insiste sur la nécessité pour les médecins de bien examiner les parents, qu'il considère comme étant souvent la cause involontaire du mal. Il ne faut pas confondre l'écoulement blennorrhagique avec les sécrétions de masses gélatineuses blanchâtres qu'on trouve parfois dans les or-

ganes génitaux des petites filles nouveau-nées. Ces masses sont formées d'épithélium ayant subi, à un degré plus ou moins avancé, la dégénérescence granulo-graisseuse et emmêlé de masses zoogléliques de micrococcus divers, tandis que l'écoulement gonorrhéique se distingue par la présence de nombreux lymphocytes émaillés de quelques cellules épithéliales, montrant en divers endroits le gonococcus de Neisser, en dehors et dedans les cellules.

Tandis que Lober et Kratter attribuent une importance capitale à la présence du gonococcus de Neisser dans les produits de sécrétion vulvo-vaginale au point de vue médico-légal, Vibert et Bordas ne croient pas ce signe utilisable dans le but. Epstein, d'ailleurs, est d'avis que les caractères du gonococcus sont tels, qu'il n'est pas possible de confondre ce microbe avec les microbes vulgaires, qu'on peut trouver partout : comme nous, il croit que ces caractères suffisent pour diagnostiquer, même au point de vue médico-légal, une affection gonorrhéique infectieuse, virulente.

Le traitement de la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles n'est guère différent de celui de la blennorrhagie en général. Toutefois quand il s'agit de nouveau-nées la prophylaxie a une grande importance tant pour l'infection directe qu'indirecte de l'enfant. Désinfection du vagin, instillation de 2 gouttes de la solution de Credé (NO_3 , $\text{Ag}2\%$), recommandations à faire à la garde-couche. La maladie confirmée sera traitée par les bains de siège, et les lotions légèrement antiseptiques répétées. Parrot recommande l'insufflation de la poudre d'iodoforme et l'introduction de bougies du même médicament. Le repos au lit sera parfois nécessaire : des accidents graves de péritonite sont à craindre ; ils peuvent entraîner la mort de l'enfant. S. V.

(Annales de la Soc. de méd. de Gand.)

TROUBLES RÉFLEXES CAUSÉS CHEZ LA FEMME PAR LES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

Par M. OTIS (*Medical Record*).

Le diamètre normal de l'urèthre, chez la femme, varie d'après les différents auteurs. Otis, se basant sur des récentes recherches, établit que ce diamètre oscille entre 5 et 15 mm. Parfois, il existe une diminution d'un mm. au niveau du méat, sans qu'il y ait dans ce fait rien d'anormal.

Les rétrécissements de l'urèthre siègent le plus fréquemment dans la partie antérieure, rarement dans la partie postérieure. Ils sont dus à des déchirures causées par un accouchement ou par une chute ; ou bien encore ils ont une origine inflammatoire, le plus souvent gonorrhéique. Plus rarement ils résultent d'une ulcération chancreuse ou de la présence de polypes urétraux.

Otis, défendant une théorie très partagée en Amérique, mais fort peu admise ici, affirme que la plupart de ces rétrécissements sont dus à une diathèse goutteuse ou rhumatismale de l'individu dont les urines irritantes produiraient un travail inflammatoire déterminant dans le tissu sous-muqueux de l'urèthre une exsudation de lymphé plastique. Celle-ci en s'organisant produirait la stricture.

Les symptômes du rétrécissement de l'urèthre, tels qu'ils ont été observés par Earle et tout récemment par Otis, ressemblent assez bien à ceux d'un calcul vésical au début. Ils consistent en mictions très fréquentes accompagnées de douleurs intenses surtout vers la fin de l'acte. Les urines, tantôt claires, tantôt troubles, renferment en quantité variable des globules blancs et rouges, parfois elles sont chargées de composés uriques et phosphatiques. Dans tous les cas cités, l'incision des points rétrécis parfois complétée par le maintien d'une sonde fait disparaître tous les symptômes.

Les rétrécissements de l'urèthre sont très rares chez la femme. Ils ont été cependant mentionnés par Earle, Brodie, Curling, Blumdel et Champson. Dans son travail, Otis, qui en publie trois cas, conclut que les rétrécissements de l'urèthre chez les femmes peuvent se présenter à un degré suffisant pour causer des troubles réflexes aussi variés et sévères que ceux occasionnés chez les hommes par la même altération, et cela indépendamment de toute cause traumatique ou spécifique ; que, dans les cas où des femmes souffrent de troubles urinaires qui ne s'améliorent pas par les moyens ordinaires en usage pour la guérison de ces troubles, l'attention doit être dirigée vers une exploration attentive du canal.

(La Policlinique de Bruxelles.)

SUR UNE AFFECTION PARTICULIÈRE DU SEIN, PRÉSENTANT LE TYPE
CANCÉREUX.

M. LOCKWOOD a présenté des pièces anatomiques provenant d'une malade, âgée de trente-cinq ans, qu'il croit atteinte d'une affection

cancéreuse du sein. La maladie a débuté, il y a dix-huit mois, par de la douleur ; le sein gauche était un peu plus dur que l'autre et laissait écouler du sang par le mamelon, en petite quantité d'abord, puis dans la proportion d'une cuillerée à café environ par vingt-quatre heures. Le sein se mit à augmenter de volume et devint nodulaire ; les ganglions de l'aisselle étaient engorgés. On fit l'ablation du sein et des ganglions, et la malade guérit. L'examen macroscopique d'une coupe pratiquée à travers la masse enlevée montra qu'il s'agissait d'une néoplasie constituée par du tissu de nature inflammatoire, au sein duquel on apercevait des trous béants qui n'étaient autre chose que l'orifice des canaux galactophores. Au microscope, on constatait que l'épithélium tapissant ces conduits avait proliféré et envahi le parenchyme de la glande mammaire. L'orateur considère ce cas comme représentant un type assez rare d'affection cancéreuse du sein encore à son début.

D^r A. GUBB.

(*La Sem. méd.*)

DÉVELOPPEMENT DU PLACENTA APRÈS LA MORT DU FŒTUS.

M. LAWSON TAIT a fait à l'*Obstetrical Society* (1^{er} juin) une communication sur le développement subi par le placenta après la mort du fœtus, dans les cas de grossesse ectopique. Ses recherches sont basées sur l'examen d'une malade de 28 ans, secondipare.

Cette femme, entrée à l'hôpital pour des phénomènes de péritonite aiguë de cause indéterminée, dut subir la laparotomie. Après l'ouverture de l'abdomen, la cavité péritonéale apparut remplie de caillots de sang ; l'hémorragie provenait de la rupture de la trompe gauche. Celle-ci contenait un placenta assez volumineux ayant les caractères d'un placenta de six à sept mois. Le fœtus, tombé dans la cavité péritonéale, avait le volume d'un fœtus de deux mois. M. Lawson Tait estime que dans ce cas il avait dû se produire une rupture de la trompe et que le fœtus, tombé dans le péritoine, était mort, tandis que le placenta avait continué à se développer. A ce point de vue cette observation est intéressante ; elle permet d'affirmer la continuation de l'accroissement placentaire après la mort du fœtus.

M. GRIFFITHS n'accepte pas la conclusion de M. Lawson Tait, parce qu'il lui paraît difficile d'apprécier l'âge d'un placenta par son volume ; il y a, en effet, de très grandes différences suivant les cas. D'au-

tre part, il importe de faire remarquer que la circulation étant difficile dans le placenta tubaire, celui-ci a besoin d'être plus volumineux que le placenta utérin normal pour fournir au fœtus la même quantité de sang.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

M. Lawson Tait a lu ensuite une observation de grossesse extra-utérine qui offre plusieurs particularités intéressantes. Le cas observé est celui d'une femme de 36 ans qui entra à l'hôpital pour une tumeur siégeant au-dessus et en arrière de l'utérus. Cette tumeur avait au toucher une consistance molle ; elle adhérait à la paroi abdominale. Le diagnostic était difficile à porter ; on pensa à une grossesse extra-utérine en se basant sur la façon dont s'était développée la tumeur et sur quelques symptômes présentés par la malade.

La laparotomie fut pratiquée par M. Lawson Tait ; on trouva dans la cavité péritonéale un fœtus à terme enveloppé dans l'amnios. Le placenta était inséré sur les parois de la trompe.

Cette observation est intéressante par le fait que le fœtus s'est développé dans la cavité péritonéale jusqu'à terme, en demeurant entouré de la membrane amniotique.

(*Bull. méd.*)

CONTRIBUTION A L'ANATOMIE DES GROSSESSES ECTOPIQUES,

Par le Dr DOBBERT. (*Virchow's Archiv*, t. CXXVII, 3, p. 397, 1892.)

L'auteur a résumé dans les propositions suivantes les résultats de ses recherches relatives à des cas de grossesse tubaire.

1° Par suite d'un enclavement excentrique de l'œuf, la lumière de la trompe subit une dilatation qui n'est pas uniforme dans les différents sens. Dans la paroi de la trompe on peut constater la présence de diverticules.

2° L'épithélium de la muqueuse de la trompe, qui est le siège d'une grossesse, se transforme en épithélium cubique ; dans le territoire envahi par l'œuf, cet épithélium subit une métamorphose régressive.

3° La membrane caduque de la trompe est analogue à celle de l'utérus gravide, mais ne présente pas de délimitation bien nette du côté de la tunique musculaire ; il existe une sous-muqueuse tubaire.

4° Il n'existait pas de caduque réfléchie.

5° L'épithélium des villosités choriales est d'origine foetale : jusqu'à la quatrième ou cinquième semaine de la grossesse tubaire, il est constitué par une simple strie de plasma, avec une couche simple ou double de noyaux, entre lesquels on ne distingue pas de contours cellulaires.

6° Le stroma des villosités se développe au sein de l'épithélium, dans des creux qui se forment par une voie physiologique.

7° Les villosités choriales entrent en connexions directes avec la membrane caduque, en ce sens que ses expansions terminales pénètrent dans la muqueuse modifiée, tandis que celle-ci pousse des prolongements vers les premières.

8° Dans la membrane caduque de la trompe gravide on trouve des éléments semblables à des cellules gigantesques, qui doivent être considérés comme des expansions terminales des villosités choriales et non comme des éléments issus des vaisseaux lymphatiques et destinés à établir la communication entre le chorion et la caduque. E. R.

(Revue gén. de méd.)

MORT A LA SUITE D'UNE INJECTION INTRA-UTÉRINE DE PERCHLORURE DE FER,

Par le Dr H. PLETZER. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1892, n° 18, p. 337.)

Une femme de 32 ans, syphilitique depuis dix ans, était affectée d'une endométrite chronique avec rétroversion utérine. On lui avait fait le curettage de l'utérus au mois de novembre dernier, puis on l'avait traitée par des cautérisations intra-utérines à la teinture d'iode. A la suite d'une de ces cautérisations, la malade avait perdu du sang par le col. L'hémorrhagie s'étant reproduite le lendemain, on fit une injection intra-utérine de perchlorure de fer, injection poussée goutte à goutte, avec les plus grandes précautions. On fit ensuite un lavage intra-utérin avec une solution phéniquée. Environ un quart d'heure plus tard, la femme vint en proie à des souffrances très vives; poulx filiforme; teint livide. Malgré l'emploi de divers excitants, elle succombait deux heures plus tard. A l'autopsie on a trouvé des caillots de sang dans l'utérus, des thrombus dans les veines iliaques, une déchirure de la muqueuse utérine, longue de un centimètre et demi.

E. R.

HÉMORRHAGIE DANS LES CAS DE CARCINOME DU SEIN CHEZ LA FEMME,

Par le D^r CAHEN. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 19, p. 422.)

Une femme de 57 ans portait une tumeur du volume d'une petite pomme, qui occupait le quart supérieur et externe du sein gauche. Quand on pressait sur la tumeur, celle-ci diminuait de volume, et en même temps il s'échappait par le mamelon un petit jet de sang foncé. Une incision longitudinale pratiquée à travers la tumeur permit de constater qu'on avait affaire à un carcinome. La tumeur a été extirpée (3 juillet 1891) ; la malade s'est rétablie. Pas de récurrence depuis lors. L'examen histologique du néoplasme a démontré qu'il s'agissait d'un cystadénome qui avait subi la dégénérescence kystique. Les communications qui s'étaient établies entre les kystes et les canaux galactophores étaient de nature à rendre compte des hémorrhagies observées du vivant de la malade. (*Rev. gén. de méd.*) E. R.

TROUBLES RECTAUX CHEZ LES FEMMES,

Par J.-A. MARTIN. (*Americ. gynæcolog.*, 8 mars 1892.)

M. Martin attire l'attention sur les erreurs fréquentes que l'on fait en attribuant à une maladie utérine ou à des lésions ovariennes des symptômes déterminés par des troubles rectaux. L'examen de ces cas ne permet de trouver rien à l'utérus, ni à ses annexes ; mais on constate des troubles dans les fonctions rectales qui peuvent être combattues en régularisant les intestins, en traitant les hémorroïdes, une fissure, un prolapsus intestinal, etc., etc., etc. La constipation à laquelle sont sujettes les femmes amène des complications diverses : congestion des organes pelviens, déplacements, hémorroïdes, prolapsus, paralysie intestinale, fissures de l'anus. Ces troubles affectent le système nerveux tout entier et jettent souvent les malades dans un état sérieux.

Comme traitement, régularité dans les garde-robes ; régularité dans la nourriture et le breuvage ; massage abdominal ; laxatifs toniques à faibles doses 3 ou 4 fois par jour, surtout la noix vomique et la cascara sagrada.

(*Rev. gén. de méd.*)

ÉLÉPHANTIASIS DES GRANDES LÈVRES.

Par le D^r MONDON. (*Archives de médecine navale*, avril.)

Il s'agit d'une esclave cambodgienne, âgée de 29 ans. Aucun de ses parents ou de ses proches n'avait présenté de maladie analogue.

Le D^r Mondon a enlevé deux tumeurs, du poids de 25 kilogr. L'opérée a guéri. La filaire recherchée dans le sang de l'opérée n'a pu être découverte.

Dans sa thèse inaugurale, le D^r Calmette, examinant la théorie de Manson, admet que l'infection filarienne peut manquer, mais que si elle existe, elle n'a fait qu'éveiller dans l'organisme une prédisposition aux manifestations lymphatiques créées par des influences climatiques et spécifiques. Cette prédisposition existait chez cette malade, les causes banales d'irritation n'ont pas non plus manqué chez cette esclave peu soigneuse de sa personne. La localisation aux parties génitales s'explique et par la richesse de cette région en lymphatiques, et par la fluxion qu'occasionne dans tout l'appareil génital l'établissement de la menstruation.

Dans la marche de cet éléphantiasis, la lèvre gauche a gonflé la première à la suite d'une excoriation, mais la lèvre droite a pris plus vite un développement anormal, si bien, qu'au moment de l'opération, elle avait un poids et un volume quadruples.

La présence d'une hernie à droite pourrait expliquer le plus grand développement de la lèvre droite, mais M. Mondon n'a pu arriver à apprendre si la femme s'était aperçue de la hernie avant que la tumeur ait atteint son volume.

Pour éviter la récurrence, l'auteur a pensé que le traitement ioduré et mercuriel avait son indication.

(*Rev. gén. de méd.*)

HYSTÉRECTOMIE POUR MYOME UTÉRIN.

M. CRISTOPHER MARTIN a présenté des pièces anatomiques pesant 9 kilos et provenant d'une femme âgée de cinquante-cinq ans, qui, depuis de longues années, était sujette à des hémorrhagies très abondantes, et à laquelle M. Lawson Tait avait enlevé l'utérus atteint d'un myome utérin.

On avait attendu la ménopause, mais comme les hémorrhagies ne faisaient qu'augmenter, on dut recourir à l'hystérectomie.

Il y avait en outre, à l'intérieur de l'utérus, un polype de dimensions considérables, à la présence duquel étaient liées sans doute les hémorrhagies. L'orateur fait observer qu'il aurait été impossible d'en effectuer l'ablation par la voie vaginale et que la dilatation du col, pratiquée dans le but d'explorer la cavité utérine, aurait probablement déterminé une péritonite. Il rappelle à ce sujet un cas analogue où, pour s'assurer qu'il n'y avait pas de polype dans l'utérus, on avait pratiqué la dilatation du col ; il en résulta une péritonite aiguë qui faillit emporter la malade.

M. INGLIS PARSONS estime qu'il convient de dilater le col avant d'avoir recours à d'autres procédés opératoires, et il rappelle qu'un cas d'hémorrhagie, améliorée à plusieurs reprises par la méthode d'Apostoli, ne céda définitivement qu'à la suite de la dilatation du col : l'hémorrhagie était due à la présence d'un polype utérin.

(*La Sem. méd.*)

CONTRIBUTIONS A L'ÉTILOGIE DE L'OSTÉOMALACIE PUERPÉRALE,

Par le Dr H. EISENHART. (*Deutsches Archiv für klin. Medicin*, t. XLIX, fasc. 2 et 3, p. 156, 1892).

Après avoir passé en revue les différentes hypothèses émises relativement à l'étiologie de l'ostéomalacie puerpérale, l'auteur constate que deux ordres de circonstances paraissent surtout, de l'avis de tous les observateurs, intervenir dans le développement de cette affection : la lactation prolongée et les accouchements répétés. Or, M. Eisenhart s'attache à démontrer que ce ne sont pas les accouchements répétés qui favorisent le développement de l'ostéomalacie, mais qu'au contraire celle-ci prédispose aux conceptions fréquentes. Il va de soi que les grossesses répétées exercent une influence fâcheuse sur l'ostéomalacie en cours d'évolution. La cause prochaine de l'ostéomalacie résiderait dans une diminution de l'alcalinescence du sang. D'un autre côté, le point de départ de l'affection ne serait autre qu'un état pathologique des ovaires, caractérisé par une hyperémie et par une hyperproductivité de ces glandes. Cet état pathologique des ovaires peut retentir sur les centres nerveux et, par leur intermédiaire, sur les oxydations, de façon à déterminer un accroissement de production des acides. Ou bien il peut retentir sur la vascularisation des os en l'augmentant, d'où production exagérée de certains acides. Cet excès de vascularisation peut encore entraîner la diminution de l'alcales-

cence du sang par suite d'une exagération de la destruction des hématies.

E. R.

LA VOIX CHEZ LES CHANTEUSES ATTEINTES D'AFFECTIIONS DE L'UTÉRUS,

Par le Dr Carl H. von KLEIN.

On rencontre fréquemment des femmes atteintes d'inflammation aiguë des amygdales du larynx et du pharynx pendant leur période menstruelle. L'auteur a fréquemment observé chez les chanteuses de profession qu'il a été appelé à soigner que pendant la période menstruelle la voix perdait de sa force et de son timbre. D'après lui, un laryngologiste qui aura exercé son oreille à reconnaître les sons, pourra, à l'audition d'une voix de femme déjà connue, reconnaître neuf fois sur dix si elle est réglée. Les organes génitaux chez la femme aussi bien que chez l'homme exerceraient une influence très marquée sur la voix. Dans beaucoup de cas de troubles ovariens on observe du gonflement et de l'hypertrophie des amygdales et du voile du palais, et, dans ces cas, le laryngologiste ne peut pas grand'chose sans l'aide d'un gynécologiste expérimenté.

(*Journal de méd. de Paris.*)

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Un spéculum quadrivalve



Voici une manière pratique et très simple, imaginée par notre confrère, le Dr MOUTIER (de Paris) pour improviser un spéculum quadrivalve.

On place un premier spéculum bi-valve de Collin dans le sens horizontal, comme on place ordinairement le spéculum de Cusco, puis dans ce spéculum on glisse un second spéculum de Collin, en le plaçant verticalement.

Ces deux spéculums s'adaptent très bien l'un à l'autre et tiennent parfaitement en place, comme le montre la figure ci-jointe.

BIBLIOGRAPHIE

- I. — **De la péritonite blennorrhagique chez la femme (périmétrite, péri-salpingite)**, par le Dr PAUL CHARRIER, in-8° de 111 p. Paris, 1892, Steinheil, éditeur.

Dans cette thèse, consciencieusement faite et remplie de documents intéressants sur la question encore controversée de la péritonite blennorrhagique chez la femme, M. Paul Charrier s'attache à démontrer, qu'à côté de la péritonite puerpérale, causée par le streptocoque, il existe une péritonite qui est sans relation avec la puerpéralité (accouchement ou avortement), qui est spéciale quant à son siège, car elle est presque toujours localisée à la portion du péritoine qui tapisse le petit bassin ; qui est également spéciale quant à la nature des exsudats, essentiellement plastiques et adhésifs, donnant à la péritonite les caractères d'une péritonite sèche ; qui est spéciale quant à ses causes, car elle naît au cours de l'infection blennorrhagique de la vulve, du vagin, du col, de la trompe ; qui est spéciale enfin quant à son allure clinique, car elle procède par poussées aiguës coïncidant avec la menstruation ou certains excès sexuels.

Il admet entre la péritonite puerpérale et la péritonite blennorrhagique une forme mixte, dans laquelle des femmes ayant eu des lésions péritonéales vénériennes et étant devenues enceintes, sont infectées pendant l'accouchement et font une péritonite à streptocoque au milieu des lésions anciennes dues à la périméto-salpingite vénérienne. C'est alors que l'on observe ces volumineux abcès pelviens dont les parois fermées par des adhérences stratifiées ont servi de barrière au processus de suppuration diffuse que d'ordinaire engendre le streptocoque.

Très logiquement, l'auteur conclut à la nécessité d'un traitement énergique, radical, de toutes les manifestations légères de l'infection blennorrhagique chez la femme et à la nécessité non moins absolue de traiter l'urèthre de l'homme atteint d'affection récente ou ancienne, antérieure ou postérieure d'origine blennorrhagique et considérée à tort comme non virulente et non contagieuse.

Pour les détails, nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à l'intéressant travail que nous venons d'analyser et dont nous acceptons les conclusions principales. Cette thèse fait le plus grand honneur à son auteur. J. B.

- II. — Dr PROCHOWNICK (de Hambourg). **Le massage en gynécologie**, ouvrage traduit par les Drs NITOT et KELLER, in-12 de 252 p. Paris, 1892. Doin, éditeur.

Le massage gynécologique est plus que jamais à l'ordre du jour, aussi devons-nous sincèrement remercier MM. Nitot et Keller de nous offrir une excellente traduction française de l'ouvrage souvent cité du Dr Prochownick (de Hambourg).

Cet ouvrage est d'une exposition toujours très claire ; l'auteur est un consciencieux qui dit toujours très exactement ce qu'il a obtenu dans chaque cas particulier sans s'abandonner à un enthousiasme exagéré.

Après une bonne introduction historique, l'auteur décrit, dans des chapitres distincts la technique — les indications — les applications dans :

a) les exsudats du bassin et les hémorragies; b) la paramétrite et la péri-métrite chronique; c) la rétrodéviation de l'utérus; d) la métrite chronique; e) le prolapsus. — Les contre-indications du massage et quelques pages de conclusions terminent ce petit volume très intéressant et très utile à lire.

Notre excellent confrère, le Dr Nitot nous présente le travail de M. Prochownick dans une préface conçue dans un véritable esprit clinique, et montrant une évolution très nette vers la gynécologie conservatrice et curative, ce dont nous lui faisons tous nos compliments. J. B.

III. — Traitement de la syphilis par les injections de succinimide mercurique, par le Dr LUCIEN ARNAUD, in-8° de 64 p. Paris, 1892. Steinheil, éditeur.

Dans cet excellent travail, dont nous ne pouvons donner qu'une courte analyse, en raison du sujet traité, notre confrère préconise, d'après son maître, M. Julien, le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de succinimide mercurique. La solution contient 20 centigr. de succinimide pour 100 grammes d'eau; on injecte 1 gramme par jour de cette solution. Elle ne donne ni abcès, ni inflammation, ni douleur. Toutes les fois que le principe de l'injection étant adopté, on aura des raisons de rejeter les sels insolubles soit qu'on en craigne les dangers possibles, soit que les reins du malade soient défectueux, on devra donner la préférence à la succinimide qui est le plus actif, le moins douloureux des sels solubles. J. B.

LIBRAIRIE RUEFF et Cie, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Bibliothèque médicale, publiée sous la direction de MM. les professeurs CHARCOT et DEBOVE, volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée.

Prix..... 3 fr. 50

DERNIERS VOLUMES PARUS:

Neurasthénie, par Albert MATHIEU.

Le Choléra, ses causes, moyens de s'en préserver, par le Dr G. DAREMBERG, correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol. broché, 3 fr. 50.

Ce livre est un ouvrage d'hygiène pratique. Après avoir étudié les mœurs du microbe du choléra, l'auteur se fonde sur les recherches scientifiques les plus autorisées pour montrer comment le choléra se propage, comment ses germes se conservent dans le sol, se répandent dans l'eau ou dans les poussières de l'air.

M. Daremberg démontre que les irrigations faites avec les eaux d'égouts renfermant des matières de vidanges, conservent dans le sol les microbes du choléra quand elles ont contenu des selles cholériques.

D'après lui les quarantaines sont illusoires et doivent être remplacées par des mesures de désinfection très simples et très efficaces.

Il expose enfin les précautions individuelles que l'on prendra en temps d'épidémie et qui doivent presque infailliblement mettre à l'abri du choléra.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

125. — Inhalations d'oxygène en obstétrique. — Il résulte des recherches de M. Rivière que ces inhalations sont indiquées :

Chez la femme enceinte : 1° Pour combattre les accidents asphyxiques consécutifs à une affection aiguë ou chronique des voies respiratoires et du cœur, et, par suite, pour empêcher l'avortement ou l'accouchement prématuré.

2° Toutes les fois que la nutrition est diminuée, l'appétit absent, les digestions impossibles et les vomissements alimentaires plus ou moins répétés. Elles peuvent par suite donner de bons résultats, dans les cas de vomissements incoercibles.

Chez la femme accouchée : dans les suites de couches où elles agissent en suroxygénant le sang, que cette suroxygénation du sang ait pour résultat d'augmenter simplement la force de résistance de la femme, ou qu'elle ait une action directe sur les microbes qui ont envahi le sang.

Chez la femme enceinte, mais pour agir sur le fœtus : 1° Toutes les fois que, du fait d'une maladie de la mère, l'oxygénation du sang fœtal tend à devenir insuffisante :

a) Soit parce que l'oxygénation du sang maternel est elle-même insuffisante (affection pulmonaire ou cardiaque).

b) Soit parce qu'une lésion placentaire, l'oxygénation du sang maternel, restant normale, supprime une portion active du placenta et diminue le champ de l'hématose fœtale.

2° Toutes les fois que s'est produit brusquement un décollement partiel du placenta (chute faite par la mère) diminuant la surface d'absorption de cet organe.

Chez le nouveau-né : Ce sont là les indications essentielles des inhalations d'oxygène.

1° Chez les enfants nés avant terme, ou nés à terme, mais chétifs, et chez lesquels la nutrition se faisant mal, l'athrepsie ne tarde pas à s'installer.

2° Chez les nouveau-nés, qui suffisamment ou mal nourris, arrivent, mais par un autre mécanisme, au même résultat, l'athrèpie.

Chez les enfants plus grands : qui par le fait d'une nutrition insuffisante tendent à devenir rachitiques.

Il importe, pour obtenir des résultats sérieux d'employer l'oxygène à assez haute dose, aussi bien chez la femme que chez l'enfant.

Sur la demande de M. Dudon, M. Rivière donne quelques détails sur la technique employée.

M. Lefour appuie les conclusions de M. Rivière. Il a employé, souvent avec succès, l'oxygène pour combattre les vomissements incoérçibles de la grossesse. Dans les cas où l'oxygène avait échoué, il a parfois réussi avec les pulvérisations de chlorure de méthyle sur le creux épigastrique et sur la colonne vertébrale.

(Gaz. des Hôp. de Toulouse.)

* * *

126. — Une maladie organique du cœur doit-elle empêcher d'administrer le chloroforme en obstétrique. par T. RIDGWAY BARKER. (*Times and Register.*, vol. XXIV, n° 20, p. 500, 1892.) — L'auteur conclut ainsi son travail :

Le chloroforme par inhalation peut et doit, s'il est administré convenablement, sauver la vie de femmes en couches atteintes de maladies organiques du cœur, lorsque la mort paraît imminente par suite d'un excès de stimulation du système nerveux cardiaque, stimulation due à des phénomènes réflexes. Par conséquent, les maladies organiques du cœur n'excluent pas l'usage du chloroforme dans la parturition, mais exigent seulement une attention plus grande dans son administration.

* * *

127. — Dysménorrhée ; traitement. — M. le docteur Mac GINNIS, dans le *Journal de Gynécologie de New-York*, sans repousser tel ou tel autre traitement, sans refuser systématiquement à une combinaison de tels ou tels moyens un effet curatif sur la dysménorrhée, préconise l'emploi de l'électricité qui lui a donné dans ces cas de très bons résultats.

La dysménorrhée est un symptôme, et ce n'est souvent que pour le soulagement de ce symptôme que l'on vient trouver le médecin.

Quelles sont les conditions qui le produisent ? Elles résident dans un état local ou général agissant défavorablement sur le cours normal des règles et sont constituées : 1° Par un tempérament chlorotique ou nerveux (les deux ordres de faits sont connexes de très près) ; 2° par un état utérin morbide ; 3° par l'inflammation ovarienne.

La mauvaise hygiène qui préside à la vie actuelle, dans toutes les classes sociales, conduit à la première de ces conditions. M. Mac Ginnis, sur une femme de 26 ans, ainsi débilitée, toujours malade au moment de ses règles, et, la fois qu'elle vint le consulter, souffrant beaucoup, appliqua le traitement électrique. Les organes génitaux et leurs annexes étaient sains. Tous les deux jours il se servit de courants faradiques aussi forts que possible. Au bout du mois les règles revinrent, normales et moins douloureuses ; la fois suivante, il n'y avait plus que du malaise, et l'état général nerveux se trouvait très amélioré. Il va sans dire que le traitement général par le fer et les hypophosphites n'avait pas été négligé.

Sous la rubrique d'utérus morbide, l'auteur range les conditions qui rendent difficile la migration de l'œuf à travers les voies génitales utérines (déplacement congénital, accidentel, antérieur, postérieur, latéraux, fibromes interstitiels et sous-muqueux, polypes, métrite et endométrite). Les moyens ordinaires pour les combattre peuvent amener quelque soulagement ; ils ne valent pas les effets favorables obtenus à l'aide de courants galvaniques selon les règles d'Apostoli, surtout en ce qui concerne les tumeurs fibreuses.

L'examen vaginal, dans le cas de dysménorrhée due aux ovaires enflammés, révèle une sensibilité locale extrême à la pression, accompagnée généralement d'une impression de nausée. Ces cas ne tirent qu'une très minime amélioration du traitement ordinaire ; quant à la castration, c'est une mesure trop grave si la malade désire une grossesse. Dans ce cas, les courants faradiques ont rendu d'immenses services.

En résumé, dans les trois ordres de faits pathologiques qui viennent d'être mentionnés, M. Mac Ginnis a obtenu des résultats auxquels l'on n'avait pu arriver par les méthodes ordinaires, et c'est avec une grande conviction qu'il les expose dans l'article dont nous donnons le compte rendu.

(Revue générale de médecine, chirurgie et obstétrique.)



128. — Conduite à tenir dans l'accouchement gémellaire. — Se rappeler que l'accouchement gémellaire se compose de deux accouchements, dont le second est réduit à la période d'expulsion.

Si donc il n'existe aucune des indications habituelles à terminer rapidement l'accouchement, abandonner à la nature l'expulsion du premier enfant comme pour un accouchement simple. Avoir soin de placer sur le cordon deux ligatures, afin d'éviter l'hémorrhagie qui pourrait se faire par le bout maternel du cordon, et qui serait fatale au second fœtus en cas de circulation commune.

Immédiatement après l'expulsion du premier enfant, porter le doigt, et au besoin la main, dans le vagin, pour se rendre compte du mode suivant lequel se présente le second enfant.

S'il s'agit d'une présentation transversale, aller à la recherche des pieds et pratiquer la version par manœuvres internes.

Si l'enfant se présente par le sommet ou par le siège, et s'il n'y a pas de danger pressant, attendre le réveil des contractions utérines et la terminaison naturelle de l'accouchement.

Si au bout d'une demi-heure les contractions n'ont pas de tendance à se produire, alors même que le placenta du premier enfant aurait suivi son expulsion, et que la grossesse ne serait pas près du terme, provoquer la réapparition des douleurs par des frictions sur la paroi abdominale et la rupture de la poche des eaux. Dès lors se conformer au point de vue de la terminaison de l'accouchement aux indications et aux contre-indications qui règlent l'intervention dans un accouchement ordinaire.

Relativement à la délivrance, ne procéder à l'extraction du placenta après la sortie du premier enfant, qu'autant que ce placenta complètement décollé est bien senti dans le vagin et gêne l'issue du second enfant. — Si aucun des placentas n'est sorti, attendre le passage du délivre dans le vagin, et alors opérer des tractions sur le cordon de l'enfant né le second (Dubois, Depaul). S'il y a de la résistance, abandonner ce cordon pour tirer sur celui du premier enfant.

(*Nouveau Mont. méd.*)

Dr P. PUECH.

* * *

129. — Guérison d'un prurit vulvaire, datant de deux ans, par un courant constant. — D'abord supportables et se manifestant seulement à l'approche des époques menstruelles, les

démangeaisons étaient devenues continues et tellement fortes que la femme ne pouvait plus résister au besoin de se gratter. Après avoir eu recours à divers remèdes et notamment aux applications de vaseline et aux lotions phéniquées, sans obtenir un grand soulagement, le docteur Cholmogoroff proposa le traitement par l'électricité. Une électrode cylindrique, en caoutchouc durci, avec bout en métal, fut introduite dans le vagin, à 4 ou 5 centimètres de profondeur. L'autre électrode, formée d'un disque en métal recouvert de cuir, de 4 centimètres de diamètre, fut appliquée sur la région où siégeait le prurit et mise en communication avec le pôle négatif. Les intensités du courant employé varièrent de 15 à 22 milliampères ; la durée des séances fut de dix minutes. Après la sixième séance, les démangeaisons avaient cessé et la guérison se maintenait six mois plus tard.

(Rev. de théér. gén. et therm.)

130. — De l'emploi de l'eau de chaux dans l'allaitement artificiel. — On sait que le lait se coagule dans l'estomac sous l'action d'un ferment spécial (lab) contenu dans le suc gastrique, mais que l'état de la caséine précipitée varie suivant l'origine du lait. Tandis que le lait de femme donne un précipité pulvérulent, le lait de vache donne un précipité en masse, en grumeaux, et cette circonstance permet d'expliquer comment le nourrisson supporte bien moins le dernier lait. Or l'addition des sels de chaux au lait, mais surtout de l'eau de chaux, a pour effet de déterminer un précipité très divisé sous l'influence du ferment gastrique, condition qui facilite et hâte la digestion du lait étranger chez le nourrisson. Le Dr Courant a eu l'occasion de constater l'excellente action de l'eau de chaux ajoutée au lait de vache dans le catarrhe gastrique des petits enfants. L'emploi du lait stérilisé ne suffit pas pour éviter les dyspepsies et les accidents de l'alimentation. Dans ces cas, l'emploi de l'eau de chaux, qui constitue d'ailleurs une ancienne méthode, rend les plus grands services : il est d'ailleurs inutile d'insister sur un fait bien connu. Quant à ce qui est de la quantité d'eau de chaux à ajouter, il suffit d'ajouter une cuillerée à soupe d'eau de chaux à la quantité de lait contenue dans un biberon ordinaire. L'addition d'un peu de sucre de lait corrige le goût de l'eau de chaux.

(Revue de théér. méd. chir.)

131. — La symphyséotomie dans les rétrécissements du bassin. — La symphyséotomie devient de plus en plus l'opération à l'ordre du jour. M. Charpentier a prononcé un véritable plaidoyer en sa faveur devant l'Académie de médecine (22 mars 1892) et M. Pinard (*Annales de Gynécologie*, février 1892) affirme qu'on peut, par la symphyséotomie, obtenir un agrandissement notable du diamètre pelvien et sans autre lésion qu'un décollement des ligaments antérieurs de l'articulation sacro-iliaque. La consolidation se fait en un mois environ.

La femme étant placée dans le décubitus dorsal et au bord du lit, inciser les téguments prépubiens exactement sur la ligne médiane, sauf à la partie inférieure de l'incision pour éviter le clitoris. Ecarter les muscles droits pour pénétrer avec le doigt dans la cavité prévésicale et protéger la vessie. Terminer la section du pubis en réservant le ligament sous-pubien pour la fin et cherchant à le forcer avec le doigt avant d'y porter la pointe du bistouri. Ne s'arrêter que lorsque le doigt a pu se promener entre les deux pubis dont on favorisera l'écartement par l'abduction des cuisses.

Les accoucheurs italiens ont publié des résultats très satisfaisants. Spinelli a pratiqué 24 symphyséotomies avec 24 résultats favorables pour la mère et 22 pour l'enfant.

Il arrive à conclure qu'un fœtus à terme et bien développé peut traverser, grâce à la symphyséotomie, un bassin vicié dont le conjugué vrai mesure au moins 65 millim., c'est-à-dire un bassin pour lequel les accoucheurs de tous pays conseillent et pratiquent l'embryotomie ou l'opération césarienne.

D'après cet auteur, toute femme dont le bassin est vicié peut subir impunément la symphyséotomie, pourvu que l'opération soit pratiquée antiseptiquement.

132. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse. — M. AUGAGNEUR insiste sur l'énorme importance, pendant la grossesse, du traitement local de la syphilis, qui seul, dit-il, peut, sinon supprimer, au moins atténuer les poussées locales de syphilides génitales. Désinfecter d'abord avec les antiseptiques : acide borique, sublimé, liqueur de Labarraque, voilà la première indication. Mais il ne faut

pas abuser des topiques liquides. L'humidité joue un rôle trop important dans la genèse des accidents pour l'augmenter encore.

Le spécifique des lésions génitales hypertrophiques, c'est la médication pulvérulente antiseptique : couvrir incessamment les condylo-mes de poudre boriquée, l'insinuer dans les replis et les interstices, isoler avec son aide les surfaces les unes avec les autres, voilà ce qui donnera les meilleurs résultats. L'accouchement seul sera le remède radical, mais on aura atténué les symptômes, ratatiné les condylomes, tari la sécrétion. Pour arriver à ce résultat, M. Augagneur conseille vivement l'usage de la poudre suivante :

Talc pulvérisé..... 20 grammes.
Acide borique..... 10 —

Presque impalpable, très adhérente, antiseptique, sans irriter, cette poudre remplit bien le but proposé.

(*Revue médicale*, mars 1892.)

* * *

133. — Influence de la couveuse et du gavage sur la mortalité des nouveau-nés. — Le Conseil municipal de Paris ayant eu à discuter un projet de création de baraquements pour enfants débiles à la Maternité, au cours de la discussion a été fourni le document suivant relativement à l'utilité de la couveuse et du gavage des enfants nés avant terme :

« A la Maternité, il naît annuellement environ 400 enfants avant terme. Avant l'emploi de la couveuse et du gavage, la mortalité était considérable. Depuis, elle a sensiblement diminué. Il suffit, pour s'en convaincre, de consulter le tableau suivant :

« Avant l'emploi des moyens spéciaux, la mortalité était de :

« A 6 mois de gestation, 100 % ;

« A 6 mois 1/2, 78,50 % ;

« A 7 mois, 61 % ;

« A 7 mois 1/2, 46 % ;

« A 8 mois, 22 % ;

« A 8 mois 1/2, 12 % ;

« Depuis l'emploi de moyens spéciaux, la mortalité est de :

« A 6 mois de gestation, 84 % ;

« A 6 mois 1/2, 63,40 % ;

« A 7 mois, 50,20 % ;

« A 7 mois 1/2, 23 % ;

« A 8 mois, 11,20 % ;

« A 8 mois 1/2, 4 % . »

134. — Injections contre la vaginite aiguë. (Ch. ELOY.)

1° Sulfate de fer..... 20 grammes.

Eau distillée..... 1.000 —

Faites dissoudre.

2° Hydrate de chloral..... 30 grammes.

Eau distillée..... 1.000 —

Faites dissoudre.

A la période terminale de la vaginite aiguë, on pratique plusieurs injections avec l'une ou l'autre de ces deux solutions. — Tous les jours, tamponnement avec de l'ouate imbibée du glycérolé suivant : Acide tannique, 5 grammes ; glycérolé, 5 grammes. — Tous les deux jours, s'il y a lieu, attouchement de la muqueuse vaginale, avec la solution de nitrate d'argent au 1/30°.

Au début de la vaginite aiguë, on combat l'inflammation à l'aide d'injections émollientes très chaudes faites avec le topique suivant : feuilles de coca, 5 grammes ; acide borique, 20 grammes ; espèces émollientes, 25 grammes ; eau, 1 litre. F. s. a. une décoction. — 3 ou 4 injections par jour.

135. — Traitement des vomissements incoërcibles des femmes enceintes. — M. NEICHTROUBE, de Saint-Pétersbourg, a obtenu plusieurs succès par l'emploi de la cocaïne dans les vomissements incoërcibles. Il formule ainsi :

Sulfate de cocaïne..... 1 gr.

Eau distillée..... 60 gr.

Prendre X gouttes ; si l'effet se laisse attendre, prendre au bout d'une heure encore dix gouttes ; s'il n'y a pas d'effet, au bout de 3 heures, prendre encore dix gouttes. Le jour suivant, 5 à 6 gouttes trois fois par jour ; ainsi jusqu'à la cessation des vomissements. Si les vomissements n'ont pas cessé, continuer par dix gouttes. Simultanément mettre dans le vagin des tampons enduits de vaseline à la co-

caïne à 2%. Pilules de glace à l'intérieur et un sinapisme ou une mouche au niveau de la région stomacale.

D'après ce que l'on sait de l'acte physiologique du vomissement et de l'action physiologique de la cocaïne, l'auteur conclut que les vomissements incoercibles des femmes enceintes se trouvent sous l'influence de l'irritation continue du centre bulbaire qui provoque le vomissement. L'irritation s'étend également au cervelet, qui est le siège de la sensibilité psychique, si développée chez la femme. La cocaïne agit sur tous les points irrités : sur le centre nerveux (bulbe), sur les terminaisons des nerfs sensibles (région du cardia), sur les centres psycho-moteurs et sur le cervelet en modifiant les fonctions psychiques. (Extrait d'une communication à la *Société de gynécologie de Saint-Petersbourg*, 28 nov. 1891.)

* *

136. — Poudre à poudrer les enfants. (GARMO.)

Alun calciné	15 gr.
Acide borique	15 —
Carbonate de chaux précipité	150 —
Amidon	250 —
Acide phénique	3 —

Essence de citron, q. s. pour parfumer.

(*Schweizer, Wochenschr. für Pharm. et Pharm. Centralhalle*, XXXIII, 1892, 238.)

* *

137. — Sur le traitement opératoire de la grossesse tubaire dans les cas de rupture du kyste, par A. GUSSE-ROW. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1892, n° 22, p. 525.) — M. Gusserow fait connaître les résultats de sa pratique personnelle relativement à l'emploi de la laparotomie dans les cas de grossesses tubaires terminées à la première période de la gestation.

Il distingue les différents modes de terminaison suivante :

A. Rupture de la poche, pouvant aboutir à 1° une hémorrhagie abondante mortelle ; 2° une hémorrhagie peu abondante se faisant peu à peu pour donner lieu à une hématocele secondaire ; 3° une hémorrhagie dans l'épaisseur du ligament large (hématome du ligament large) ; 4° une hémorrhagie dans la portion la plus inférieure

de la cavité péritonéale dans le petit bassin déjà isolé du reste de la cavité abdominale par des adhérences périmétriques préexistantes. Dans les trois derniers cas il peut se faire également une rupture de la poche qui enkyste le sang avec hémorrhagie interne.

B. L'œuf peut être refoulé dans la cavité abdominale par suite de contractions de la trompe (avortement tubaire), alors on peut voir survenir les accidents mentionnés ci-dessus dans les paragraphes 1, 2, 4.

C. L'œuf peut périr dans la trompe par suite d'une hémorrhagie dans la caduque, et séjourner sur place pour former ce qu'on appelle un môle. Dans ce cas, deux éventualités sont possibles : ou bien le môle se ratatinera et il subsistera en arrière de l'utérus une petite tumeur ; ou bien de nouvelles hémorrhagies se produiront dans le canal tubaire, qui entraîneront la rupture de la poche avec les conséquences signalées plus haut dans le paragraphe 1.

Le nombre des cas qui composent la statistique de Gusserow s'élève en tout à 20, dont 13 avec apparition subite, sans prodromes, de symptômes en rapport avec une hémorrhagie interne grave ; dans les 7 autres cas, ces symptômes ont été précédés, pendant un temps plus ou moins long, par les manifestations d'une hématoecèle.

Sur les 13 opérées du premier groupe, deux sont mortes, mais non des suites immédiates de l'opération ; l'une a succombé trente jours après l'opération aux suites d'une affection rénale de vieille date ; l'autre est morte dans le collapsus, l'intervention ayant été trop tardive.

Dans les 13 cas on avait noté des phénomènes en rapport avec une grossesse présumée. Dans 11 de ces cas on avait noté des manifestations en rapport avec une grossesse extra-utérine. Dans 10 cas la rupture de la poche s'est effectuée sans cause occasionnelle appréciable ; une fois elle est survenue à la suite d'un curetage, une autre fois à la suite d'efforts de défécation, une troisième fois à la suite de manœuvres d'exploration.

Dans 7 cas du second groupe on est intervenu par voie opératoire ; 6 de ces opérées ont guéri rapidement, la septième est morte des suites d'une anémie grave. La conclusion générale tirée par l'auteur de ces observations porte que dans les cas d'hémorrhagie interne en rapport avec une grossesse extra-utérine, il faut intervenir par la laparotomie aussitôt que possible. Le succès dépendra surtout du soin avec lequel on instituera les mesures destinées à assurer l'asepsie et l'antisepsie.

138. — Potion contre les coliques menstruelles.

Acétate d'ammoniaque.....	6 gr.
Infusion de fleurs de sureau ou de coquelicot..	120 gr.
Eau de fleur d'oranger.....	14 —
Sirop de morphine.....	20 —

Quatre cuillerées à soupe en une heure.

(*Bull. méd.*)

139. — Curettage utérin, par le D^r BERLIN (de Nice). — Voici les conclusions de cet intéressant travail :

1^o Le curettage nécessite dans la généralité des cas l'anesthésie chloroformique et la dilatation préalable de l'utérus au moyen des tiges de laminaire ;

2^o L'opération doit être faite avec les mêmes soins et les mêmes précautions que les opérations abdominales les plus importantes. Elle ne doit être entreprise que par un chirurgien exercé et outillé en vue de cette antiseptie rigoureuse. A cette condition seule, elle présente une innocuité à peu près absolue ;

3^o Les soins antiseptiques post-opératoires sont de la plus haute importance ; leur omission est la cause d'un grand nombre d'insuccès. Au point de vue des indications : 1^o le curetage est le traitement par excellence de l'endométrite corporéale ; considéré comme procédé de la médication intra-utérine, il est incomparablement supérieur à tous les autres au point de vue de la bénignité opératoire et de l'efficacité des résultats ; 2^o il ne saurait avoir la prétention d'être infailible, de conférer dans tous les cas et du premier coup la guérison radicale d'une affection aussi essentiellement rebelle que la métrite chronique dans la plupart de ses formes. Mais il nous donne prise sur des formes de métrites contre lesquelles, il y a peu d'années, la gynécologie était impuissante ; il nous fournit chaque jour des guérisons là où les méthodes anciennes avaient échoué ; 3^o lorsqu'il ne produit pas d'emblée la guérison absolue de tous les symptômes, il procure toujours une amélioration notable ; il n'y a aucun inconvénient et il y a souvent grand avantage à le renouveler plusieurs fois ;

4^o Il importe, au plus haut degré, de ne pas considérer le curettage comme le traitement banal de toutes les affections de l'utérus dans lesquelles peuvent se rencontrer des symptômes d'endométrite ;

5^o Diverses catégories de cas doivent être distinguées : ceux où le

curettage réalise seul l'action curative ; ceux où il constitue un traitement palliatif ; ceux où il doit être associé à titre d'adjuvant à telle ou telle opération ; ceux, enfin, où il est dangereux ou inutile et où l'on doit s'en abstenir complètement ;

6° La condition essentielle d'un emploi judicieux du curettage est une précision aussi rigoureuse que possible dans le diagnostic anatomique et symptomatique de chaque cas particulier.

140. — Antiseptique gynécologique. (GRIGORIANZ.)

Sublimé corrosif.....	0 gr. 1.
Acide phénique.....	20 grammes.
Acide borique.....	40 —
Acide salicylique.....	5 —
Chlorure de zinc.....	10 —
Eau distillée.....	2000 —

M. S. — Pour l'usage externe.

Doses variables suivant les cas.

141. — Solution et poudre contre la gangrène de la vulve.

Acide phénique.....	2 gram.
Alcool.....	10 —
Eau distillée.....	200 —

Faites dissoudre. — Pour injections ou pour lotions dans le cas de gangrène de la vulve chez les petites filles. — On saupoudre ensuite les parties malades avec le mélange ci-dessous :

Poudre de quinquina.....	} à 20 gram.
Poudre de charbon.....	

Mélez. — N. G. (*Union médicale.*)

142. — Le viburnum prunifolium dans la dysménorrhée des vierges. — On sait que la dysménorrhée qu'on observe parfois chez les vierges est dans la grande majorité des cas de nature mécanique, c'est-à-dire qu'elle est due à une antéflexion de l'utérus,

congénitale ou acquise. Dans cette dysménorrhée les douleurs utérines apparaissent brusquement avec le flux cataménial, persistent tant que durent les règles, cessent avec elles et ne se montrent pas pendant la période intermenstruelle. Tels sont les caractères par lesquels la dysménorrhée mécanique se distingue nettement de la dysménorrhée congestive. Dans celle-ci, les douleurs surviennent un à deux jours avant l'écoulement sanguin pour disparaître dans le courant du premier ou du deuxième jour des règles, et les périodes intermenstruelles ne sont pas complètement indemnes de sensations douloureuses dans le bas-ventre.

D'après M. le docteur Joseph (de Landeck), le *viburnum prunifolium* constituerait un excellent moyen de traitement de la dysménorrhée virginale mécanique. Son action serait sûre et puissante dans presque tous les cas. Les rares cas où il échoue sont ceux où la dysménorrhée n'est pas uniquement mécanique, mais où il existe des complications inflammatoires du côté des ovaires ou des tissus péri-utérins. Pour en obtenir un effet complet, il faut, d'après notre confrère, commencer l'administration du médicament dix à quinze jours avant le jour présumé de l'apparition des règles et en continuer l'usage jusqu'à la fin du flux menstruel. Pendant tout ce temps, M. Joseph fait prendre, quatre fois par jour, de 20 à 25 gouttes d'extrait fluide de *viburnum prunifolium* et obtient ainsi des règles absolument indolores. Outre son action analgésique, le *viburnum prunifolium* aurait aussi pour effet, dans les cas d'hémorragies par trop abondantes, de réduire la perte sanguine à ses proportions normales.

(*La Sem. méd.*)

* * *

143 — Contribution au traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. — Tout le monde admet, croyons-nous, que le traitement classique de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'application, sur les paupières renversées, d'une solution forte (3 à 4 %) de nitrate d'argent ne laisse rien à désirer au point de vue de la substance employée, véritable spécifique de l'inflammation blennorrhagique, mais qu'il présente un inconvénient, celui de ne pas permettre d'atteindre avec le pinceau imbibé de la solution médicamenteuse les culs-de-sac palpébraux, surtout le supérieur, ainsi que la conjonctive bulbaire. Voilà pourquoi, dans certains cas d'ophtalmie blennorrhagique, on ne réussit pas à éviter des lésions parfois graves de la cornée, et ce

malgré un traitement énergique institué dès le début de l'affection.

Or, un ophtalmologiste de Nîmes, M. le docteur Galtier, a imaginé un moyen de remédier à cet inconvénient sérieux, moyen qui ne me paraît très pratique et que notre confrère emploie avec succès depuis plusieurs années, surtout dans ces cas d'ophtalmie des nouveau-nés où l'on a affaire à un œil profond à paupières extrêmement petites et par conséquent difficiles à renverser.

Voici en quoi consiste le procédé de M. Galtier :

Le malade étant placé dans une position déclive, on cocaïnise l'œil, on étanche le pus avec du coton hydrophile et on introduit sous la paupière inférieure un tuteur métallique formé par une mince calotte de nickel ayant la convexité de la cornée. On applique la face concave de la calotte sur la cornée et on confie le tuteur à un aide qui doit le tenir bien immobilisé. Puis, avec le petit crochet à strabisme (ou un autre instrument analogue) tenu de la main gauche, on soulève légèrement le bord de la paupière, on glisse entre celle-ci et le globe de l'œil un pinceau plat trempé dans la solution de nitrate d'argent et on balaie, par des mouvements de latéralité, toute la muqueuse de la paupière, de son cul-de-sac et de la partie inférieure du globe oculaire. On neutralise par un second pinceau avec l'eau salée et on retire le tuteur. Le même procédé est ensuite appliqué à la paupière supérieure.

Il faut toujours commencer par la paupière inférieure, afin que l'eau salée ne tombe pas dans le cul-de-sac inférieur avant que celui-ci ne soit pansé, ce qui entraverait l'action du nitrate d'argent.

Deux pansements par jour, espacés autant que possible de douze heures, sont nécessaires. Dans l'intervalle on pratique des lotions et des irrigations antiseptiques de l'œil.

Il est bon d'avoir à sa disposition plusieurs tuteurs de formes diverses, et de choisir pour chaque cas celui d'entre eux dont la circonférence dépasse un peu le limbe scléro-cornéen.

Les effets obtenus par ce mode de traitement chez les malades de M. Galtier ont été aussi rapides que complets.

(*La Sem. méd.*)

144. — Lotion contre les rousseurs (lait virginal).

(Chlorhydrate d'ammoniaque)
Acide chlorhydrique dilué. } à à 3 gr. 85.

Glycérine..... 30 grammes.

Lait virginal..... 60 —

N. B. — Le *lait virginal* est une mixture de :

Teinture de benjoin..... 1 partie.

Eau de rose..... 4 parties.

S. — A toucher les taches de rousseur deux fois par jour, avec une petite brosse imbibée du mélange précité.

(*Journal de méd. de Paris.*)

FORMULAIRE

Traitement médical de la pelvi-péritonite aigüe,

Par le D^r JULES CHÉRON.

Quand elle survient en dehors de l'état puerpéral et en dehors des interventions chirurgicales (qui ont pu déterminer une infection très grave d'emblée et qui peuvent par conséquent nécessiter la laparotomie d'urgence), la pelvi-péritonite aigüe est avant tout justiciable du traitement médical.

Ce traitement peut être résumé, dans ses grandes lignes, de la façon suivante :

1^o Repos absolu de la malade, dans le décubitus dorsal et horizontal ; repos complet des organes pelviens.

2^o Alimentation uniquement liquide, consistant en lait, bouillons, eau de Vichy, champagne frappé, etc.

3^o Pour respecter le repos de l'intestin et éviter en même temps la constipation, donner chaque jour quatre des cachets suivants :

Magnésie calcinée..... 5 grammes.

En dix cachets.

Prendre deux cachets avant le déjeuner, deux autres avant le dîner.

4^o S'abstenir absolument des purgatifs et des laxatifs administrés par la bouche ; éviter même, pendant les premiers jours, l'emploi des lavements laxatifs.

5^o Si on assiste au début de la pelvi-péritonite, appliquer une dizaine de sangsues au-dessus de l'aîne, au point correspondant au maximum des douleurs.

6^o Aussitôt après cette petite saignée, immobiliser la paroi abdomi-

nale en appliquant, sur tout le bas-ventre, une carapace épaisse de collodion élastique.

7° Combattre les vomissements avec la potion de Rivière donnée, de préférence, dans une petite quantité d'eau alcaline.

8° Pour combattre les douleurs et les syncopes, pour relever les forces, pour ramener la tension artérielle à son chiffre normal et favoriser ainsi la résolution des exsudats, faire de une à quatre transfusions hypodermiques de sérum artificiel, de 10 grammes chaque, ou même de 20 à 40 grammes, si l'hypotension artérielle est considérable et si la première transmission n'a pas fait monter suffisamment la pression sanguine.

Le sérum artificiel que j'emploie, dans les cas dont je parle, a la formule suivante :

Acide phénique neigeux.....	1 gramme.
Chlorure de sodium.....	2 grammes.
Phosphate de soude.....	4 grammes.
Sulfate de soude.....	8 grammes.
Eau distillée.....	100 grammes.

Depuis que j'emploie les transfusions hypodermiques je n'ai plus que très exceptionnellement recours aux injections sous-cutanées de morphine. Si on ne pouvait pas, pour une raison ou pour une autre, pratiquer les transfusions de sérum artificiel ou si les douleurs étaient intolérables, malgré leur emploi, on userait de la morphine de la façon suivante ; cinq milligrammes seraient injectés sous la peau toutes les six à huit heures, c'est-à-dire cinq gouttes de la solution que voici :

Chlorhydrate de morphine	20 centigrammes.
Eau distillée.....	10 grammes.

Je tiens à répéter, en terminant, que les transfusions de sérum artificiel calment presque toujours les douleurs, dès les premiers instants, de telle façon que les injections de morphine deviennent inutiles ; seules ces transfusions ont une action puissante sur la tension artérielle ; aucun moyen ne relève aussi rapidement l'état général, permettant ainsi à la malade de résister à l'infection ; aucun moyen non plus ne limite plus rapidement l'extension du travail inflammatoire et ne favorise à un plus haut degré la résolution.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

(Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

HYSTÉRECTOMISTES, LAPAROTOMISTES ET CONSERVATEURS AU
CONGRÈS INTERNATIONAL DE GYNÉCOLOGIE DE BRUXELLES.

La première session du Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique s'est tenue à Bruxelles, du 13 au 17 septembre dernier.

L'initiative de ce Congrès fait le plus grand honneur à la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique. Plus de 400 gynécologues et accoucheurs, parmi lesquels figurent un grand nombre des illustrations médicales de la France, de l'Allemagne, de l'Angleterre, de la Russie, de la Suisse, etc., se sont réunis à l'appel de MM. Kufferath, président, et de M. Jacobs, secrétaire général du Comité d'organisation.

Le succès de cette réunion scientifique a été considérable et a dépassé toute espérance. Sans parler de nombreuses communications diverses, pour la plupart très intéressantes, le Congrès a entendu trois discussions réellement très importantes sur les questions mises à l'ordre du jour : 1° le traitement des suppurations pelviennes, dont le rapporteur était M. Segond (de Paris) ; 2° le placenta prævia, rapporteur : M. Berry Hart (d'Edimbourg) ; 3° les grossesses extra-utérines, rapporteur : M. Martin (de Berlin). Les discussions ont été vives et animées ; on a regretté seulement que chaque orateur n'eût la liberté de parler que pendant cinq minutes, dans les discussions générales, ce qui laissait vraiment la part trop belle aux rapporteurs, un temps aussi court ne permettant pas à chacun de formuler à fond ses opinions et ses objections. Plus d'un con-

gressiste a trouvé enfin que, dans la question des suppurations pelviennes, tout au moins, il eût été équitable d'adjoindre au rapporteur chirurgical, un rapporteur médical qui eût montré le sujet sous un autre jour... pour satisfaire tout le monde, il en aurait même fallu trois : un hystérectomiste (et certes on ne pouvait choisir mieux que M. Segond pour ce rapport), un laparotomiste et un conservateur.

La question des suppurations pelviennes est celle qui semble avoir passionné au plus haut degré les membres du Congrès ; nous nous en occuperons exclusivement dans la présente Revue. Il convient de rechercher si, comme l'a dit l'éminent rapporteur, dans son résumé final, « il se dégage de cette discussion une gloire immense pour l'hystérectomie vaginale. »

Comme nous le disions plus haut, les orateurs se sont rangés en trois catégories : hystérectomistes, laparotomistes et conservateurs.

Au nombre des partisans de l'opération de Péan, il faut compter, en dehors de M. Segond, M. Richelot, M. Jacobs (qui reste cependant laparotomiste pour certains cas de suppuration intra-péritonéale), M. Doyen, M. Rouffart, M. Tournay, etc. Si on réunit leurs statistiques, on arrive à un total de 328 hystérectomies avec 25 morts, soit 7,6 % de mortalité opératoire ; celle de M. Segond, (102 cas) donne 10,7 0/0 de mortalité. Les accidents opératoires (ouverture de la vessie, ouverture de l'intestin, du rectum, blessure de l'uretère, hémorrhagies graves) se sont montrés moins fréquents qu'on ne l'aurait supposé *a priori*. Les résultats immédiats sont généralement bons, si on connaît encore mal les résultats éloignés. En définitive, la cause de l'hystérectomie vaginale, très habilement défendue par M. Segond, est en progrès aux yeux même des adversaires de l'opération.

Ont défendu la laparotomie : MM. William Travers (de Londres), Saenger (de Leipzig), More Madden (de Dublin), Delagenière (du Mans), Duret (de Lille), Pichevin (de Paris). L'argument qui est le plus important, sans contredit, est celui qui a

trait à la possibilité de faire, par la laparotomie, une chirurgie plus conservatrice, en laissant en place les annexes d'un côté, alors que l'on avait diagnostiqué des lésions bi-latérales. Il n'est que trop certain que les laparotomistes ont mis bien du temps à s'apercevoir que la conservation des organes reproducteurs était digne de toute leur sollicitude — je ne parle pas pour M. Pichevin dont la thèse sur les abus de la castration a été analysée dans ce journal — mais on serait mal fondé à leur reprocher leur conversion tardive. Il faut remarquer, pour être juste, que les principaux « leaders » de la laparotomie, en France du moins, avaient déserté le champ de bataille, ce qui a fait dire à un laparotomiste que M. Segond avait conquis... la Belgique à sa cause.

Tandis que les uns semblaient avoir pour unique objectif de montrer la supériorité de l'hystérectomie et que les autres essayaient de mettre en relief les avantages de la laparotomie, un certain nombre d'orateurs se sont attachés surtout à prouver qu'on abuse de l'ablation des organes reproducteurs de la femme, dans le camp des hystérectomistes aussi bien que dans celui des laparotomistes et que la guérison peut être obtenue, dans nombre de cas, sans mutilation, en évacuant, au besoin, les abcès pelviens, mais en laissant en place l'utérus aussi bien que les annexes. Les conservateurs se sont défendus avec énergie, et ils ont su se faire écouter de tous ceux dont l'opinion n'était pas faite d'avance et inébranlable comme un dogme religieux. L'idée que « l'ablation d'un organe n'est pas une victoire, mais bien une défaite thérapeutique » a fait du chemin, et cela est d'autant plus vrai que plus d'un congressiste, partisan d'une thérapeutique conservatrice s'est contenté de féliciter les orateurs dont il nous reste à parler, alors que les hystéro-laparotomistes venaient tous occuper la tribune pour détailler leurs statistiques et en tirer des arguments en faveur de leurs préférences opératoires.

Prenant la question, à un point de vue très général, M. le D^r Chéron a montré que la thérapeutique 'médico-chirurgicale

conservatrice, bien armée actuellement, grâce à l'antisepsie vaginale, à l'excision des ectropions, au hersage du canal cervical, au curettage de la cavité utérine, à la dilatation, au drainage, au massage pelvien, etc., permettrait, si elle était plus souvent appliquée, de guérir les infections utérines avant qu'elles ne se fussent propagées aux annexes, au péritoine et au tissu cellulaire du bassin. Il a affirmé, enfin, d'après sa longue pratique, d'après ses observations nombreuses d'inflammations et de suppurations pelviennes, qu'il était presque toujours possible de guérir complètement les malades, sans les mutiler, en utilisant uniquement les ressources nouvelles de la gynécologie médico-chirurgicale. (*Voir notre précédent n°*).

M. Walton (de Bruxelles), a défendu sa méthode de traitement des salpingo-ovarites : dilatation forcée de l'utérus et curettage, admise par Poulet, Doléris, etc., qui continue à lui donner des résultats très satisfaisants.

M. Lebec (de Paris) déclare, pour toutes les collections purulentes facilement accessibles par le vagin, que le débridement vaginal est indiqué, qu'il est curatif et sans danger. More Madden (de Dublin) est également partisan de l'incision vaginale dans les mêmes conditions.

M. Boisleux (de Paris), acceptant le principe de l'évacuation des abcès pelviens par la voie vaginale, mais repoussant l'hystérectomie comme inutile, propose l'incision vaginale, sur la ligne médiane, entre les ligaments utéro-sacrés, suivie de drainage à l'aide d'un drain en T. Nous reviendrons plus tard sur les détails du procédé opératoire préconisé par l'auteur ; nous nous bornons, pour le moment, à le citer parmi les conservateurs.

M. Vulliet (de Genève), a été converti à la cause du débridement vaginal en voyant Landaul'employer avec succès. « La méthode thérapeutique de choix, dans les suppurations pelviennes, dit-il, n'est ni la laparotomie, ni l'hystérectomie. Le pus est susceptible d'être évacué par ponctions, incisions, lavage et drainage, dans le pelvis comme ailleurs et *il a 18 fois*

guéri des suppurations pelviennes sans un accident et sans un échec. C'est que les suppurations pelviennes, ordinairement de provenance salpingitique, sont venues par le fait des adhérences se placer au contact de l'utérus ou contiguës au plancher pelvien, d'où il résulte une facilité assez grande pour les atteindre. En outre, nous devons savoir que le pus, à cause de son ancienneté, a perdu beaucoup de sa virulence. Cette bénignité a été remarquée par tous les opérateurs. Une ponction est un traumatisme très anodin qu'on peut multiplier sans qu'il en découle aucun inconvénient. Dans les débuts, je voyais, après ma ponction, le pus se reformer et je supposais que, si des récidives se produisaient, c'est qu'avec mon trocart je n'avais pas été assez loin et que j'avais négligé d'ouvrir des poches de pus. Aussi en prenant le soin d'explorer complètement est-on assuré contre ces retours de la suppuration. Je relâche au maximum la paroi abdominale de la malade pour bien reconnaître par le palper le siège, l'étendue et la consistance des lésions, puis je glisse sur mon doigt resté dans le vagin une aiguille creuse qui va ouvrir et vider les abcès. Sur 18 cas, j'ai eu 12 guérisons d'emblée. J'en ai été étonné tout le premier. Dans 6 autres cas, j'ai fait une seconde ponction avec injection de sublimé, ce qui a suffi pour guérir trois malades. Pour les trois dernières, j'ai fait un peu plus, j'ai ponctionné, débridé puis drainé en pansant avec de la gaze iodoformée. » (*La Sem. méd.*)

M. Goullioud (de Lyon), préconise la méthode des incisions vaginales, suivant le procédé de son maître, M. Laroyenne, même dans les cas de collections multiples; on a pu ouvrir ainsi jusqu'à sept poches purulentes, les unes à la suite des autres. Si on guérit les femmes on leur a conservé la matrice et l'espérance possible de la maternité. Reverdin, Landau, Guserow, Munde admettent l'utilité de ces larges incisions. C'est qu'on a le droit de compter ainsi sur des guérisons durables. M. Goullioud en a observé 48 cas, *suivis pendant des années et dans 4 cas il y a eu grossesse.* L'innocuité de l'opération est certaine.

Enfin, bien que n'ayant aucun rapport direct avec la question des suppurations pélviques, le passage suivant du discours d'ouverture de M. Kufferath nous permet de le ranger parmi les conservateurs. Après avoir loué les bienfaits de l'antisepsie en obstétrique, l'honorable président du Congrès ajoutait : « Ces bienfaits se sont étendus aussi à la sœur plus jeune de l'obstétrique, à la gynécologie. On pourrait même dire que celle-ci a été trop avide. Le développement merveilleux qu'elle a acquis a peut-être été trop précipité pour ne pas amener quelques troubles dans son évolution. Tel un enfant qui grandit trop vite, voit ses forces péricliter. Le succès assuré par l'antisepsie paraît justifier toutes les hardiesses opératoires. Nous pouvons enlever impunément les organes génitaux internes, mais il ne faut pas oublier qu'enlever un organe n'est pas toujours guérir. La tendance exclusivement opératoire qui tend à prévaloir jusque dans ces derniers temps en gynécologie est une erreur qui amènera fatalement une réaction. Il restera toujours assez à enlever si les gynécologues se bornent à attaquer par le couteau, non pas les organes simplement enflammés, mais ceux qui sont détruits, dégénérés ou inaptes à fonctionner. Il n'est que temps que le traitement des inflammations chroniques devienne plus médical et moins chirurgical. »

En résumé, si l'hystérectomie a été défendue avec une grande habileté oratoire, par M. Segond, qui s'était placé sur un excellent terrain en limitant la question au traitement des seules suppurations pélviques, il n'en est pas moins vrai que de la discussion il ressort non pas « une gloire immense pour l'hystérectomie », — nous dirions plutôt « un grand succès pour le défenseur de l'hystérectomie », — mais bien un réveil des plus nets des tendances conservatrices en gynécologie. Nous nous félicitons pleinement de ce double résultat : le succès du rapporteur et « l'immense » progrès de la thérapeutique conservatrice.

Jules BATAUD.

APPLICATION DE LA GALVANO-CAUSTIE THERMIQUE à la gynécologie,

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(Suite.)

OBSERVATION XIV.

Papillomes des grandes et des petites lèvres, du capuchon du clitoris et de la région anale. — Ablation à l'aide du forcipresseur à lames parallèles et de la serpette du galvano-cautère. — Guérison.

X... rentre dans le service du Dr Chéron, à Saint-Lazare, salle 10, pour des végétations de la vulve et du pourtour de l'anus formant, dans leur ensemble, une masse grosse comme le poing, irrégulière, saignante et purulente. Les végétations sont également réparties sur les deux faces des grandes et des petites lèvres, le capuchon du clitoris et la marge de l'anus. On retrouve là toutes les variétés décrites par les auteurs sous les désignations de crêtes de coq, de poireaux, de choux-fleurs, etc.

La malade, âgée de 18 ans, grosse et forte personne d'une excellente constitution, n'offre dans ses antécédents aucun détail à noter sauf l'absence de syphilis. La cause des végétations semble due à une vaginite purulente en voie de guérison : on ne constate en ce moment (novembre 1886) que de la vaginite des culs-de-sac ; le col de l'utérus est normal.

Pendant un mois, dans le but de dessécher et de tanner ces masses papillomateuses suintantes et saignantes au moindre contact, M. Chéron fait appliquer en permanence sur la vulve un gâteau de charpie imbibé d'une solution saturée de tannin.

Comment devait-on les opérer ? L'excision avec les ciseaux aurait pu amener des hémorrhagies inquiétantes dans des régions aussi vasculaires ; la ligature élastique n'était applicable ici qu'à un petit nombre des papillomes, la plupart étant sessiles ou ayant un pédicule trop court ; le raclage semblait à M. Chéron devoir être long et pénible, aussi décida-t-il de recourir à la forcipressure.

La malade est chloroformée ; l'anesthésie est complète au bout de cinq minutes.

M. Chéron place alors son forcipresseur à lames parallèles

sur toute la masse droite de la tumeur ; des mouvements alternatifs de resserrement et de relâchement pédiculisent en quelques minutes tout le paquet de végétation occupant la grande et la petite lèvres droites confondues en une seule par suite de l'hypertrophie de toute la vulve. La serpetta du galvano-cautère, rougie au rouge sombre par les accumulateurs, est promenée au-dessus de la lame externe du forcipresseur et toute la tumeur est rapidement détachée sans hémorrhagie. On agit de la même façon sur la grande lèvre et la petite lèvre gauche avec la même facilité.

Pour le paquet qui englobe le capuchon du clitoris, M. Chéron place le forcipresseur de manière à respecter complètement cet organe ; la section ignée, faite très lentement, au rouge sombre, laisse cependant jaillir un jet de sang : une pince de Péan, appliquée sur l'artériole qui donne du sang, arrête l'hémorrhagie.

Les papillomes de la marge de l'anus étant moins développés, on se contente de les cautériser en surface avec le couteau courbe du galvano-cautère appliqué à plat.

Pansement à l'acide picrique. — Repos au lit.

Quinze jours après la malade était débarrassée complètement de cette répugnante et pénible infirmité.

OBSERVATION XV.

Papillomes des grandes et des petites lèvres et du pourtour de l'anus. — Ablation à l'aide du forcipresseur à lames parallèles et de la galvano-caustie thermique. — Guérison.

Octavie R..., 24 ans, d'une excellente constitution et d'une bonne santé habituelle, entre dans mon service pour des végétations de la vulve et de l'anus.

Comme le représente la figure ci-contre, dessinée d'après nature, ces tumeurs constituaient trois grosses masses réparties de la façon suivante :

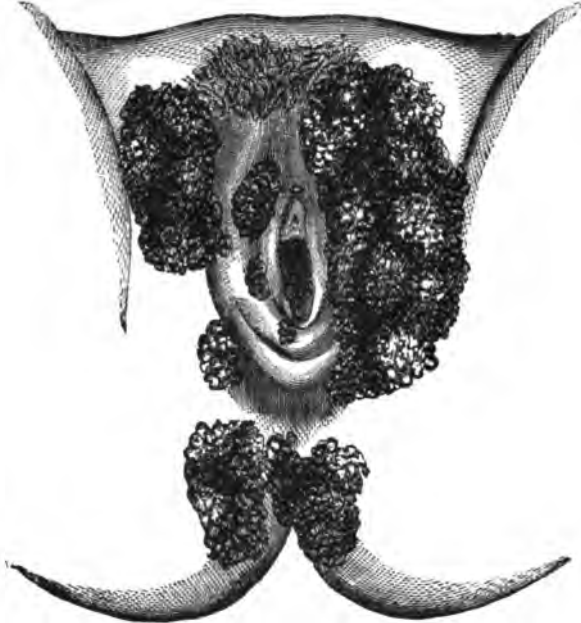
1° Sur la face externe de la petite lèvre gauche et toute la surface tant interne qu'externe de la grandelèvre de ce même côté, il existait une masse de papillomes ulcérés de la grosseur du poing, très vasculaires, saignant au moindre contact et donnant du pus en abondance.

2° Une masse moitié moindre se voyait sur la face externe de la grande lèvre droite à sa partie supérieure.

3° Autour de l'anus des papillomes agglomérés sous forme de

tumeur grosse comme les deux pouces rendaient très pénible l'évacuation du rectum.

Je ne fais que signaler quatre petites végétations siégeant sur la grande et la petite lèvre droites.



Avant d'opérer Octavie R... je la soumis au traitement suivant : grands lavages à l'eau phéniquée pour enlever et le sang et le pus qui souillent les parties génitales puis, immédiatement après, applications d'ouate imbibée de solution concentrée de tannin. Au bout de 15 jours, la sécrétion s'était tarie, les végétations, devenues plus dures et moins flexibles, ne saignaient plus au contact et l'opération devenait possible.

La malade fut endormie et j'enlevai les plus petites végétations avec le couteau du galvano-cautère sans aucune hémorrhagie. La grosse masse gauche fut alors pédiculisée, non sans peine, avec mon forcipresseur à lames parallèles, et excisée comme dans l'observation précédente, avec la serpette galvanique promenée lentement sur les lames externes de l'appareil. En allant très lentement je ne fis pas perdre à la malade une goutte de sang pendant l'ablation de cette énorme tumeur. Après avoir attendu quatre à cinq minutes, je desserrai prudemment le forcipresseur m'apprêtant à placer des pinces à forcipressure si

j'avais une hémorrhagie, mais je n'eus rien de semblable et pus procéder à l'ablation de la seconde masse de papillomes par le même moyen. La pédiculisation fut très facile et la tumeur excisée en trois minutes. En enlevant le forcipresseur je vis apparaître un peu de sang à la partie inférieure de la plaie ; il me suffit de cautériser ce point avec le couteau courbe du galvano-cautère maintenu au rouge sombre pour faire cesser l'hémorrhagie. L'excision des papillomes de l'anüs ne présenta aucune difficulté.

Pansement à l'acide picrique renouvelé deux fois par jour. Trois semaines après, il ne restait aucune trace de l'opération et la malade sortait complètement guérie.

II. Esthiomène de la vulve.

L'esthiomène (*lupus exedens* ou dartre rongeante) de la vulve est une affection de nature scrofuleuse ou tuberculeuse, décrite pour la première fois, en 1849, par Huguier, à la description de laquelle les auteurs modernes n'ont presque rien ajouté.

Huguier admettait trois formes d'esthiomène : la forme superficielle comprenant la variété érythémateuse et la variété tuberculeuse, la forme profonde et la forme hypertrophique.

Dans l'*esthiomène érythémateux*, qui est peu douloureux et n'occasionne que quelques démangeaisons, il s'agit simplement d'une coloration rougeâtre ou rouge bleuâtre de la peau qui recouvre le mont de vénus et les grandes lèvres ; l'aspect des parties atteintes est lisse, légèrement luisant et l'on voit, par places, la peau se soulever en minces écailles. On a aussi comparé ces plaqués rouges luisantes à des stigmates de brûlure légère.

L'*esthiomène tuberculeux* est constitué, au début, par des tubercules isolés ou confluent, qui deviennent bientôt le siège de démangeaisons vives et même de douleurs lancinantes, et séparés par des intervalles de peau saine. Ces tubercules finissent par se rencontrer, se confondre et alors ils se ramollissent et suppurent dans leur partie centrale, pour laisser place à des ulcérations n'ayant aucune tendance à la guérison spontanée, pénétrant plus ou moins profondément, jusqu'à atteindre le tissu cellulaire sous-muqueux, à bords in-

durés et surélevés, à fond granuleux, fongueux et saignant. Les parties voisines ne tardent pas à s'œdématiser.

La *forme profonde* ne diffère de la précédente que par l'épaisseur des tissus atteints ; les ulcérations qui siègent surtout sur le vestibule et la fourchette, s'étendent en superficie ou en profondeur, vers le vagin, le périnée ou le rectum et causent parfois des ravages considérables.

La *forme hypertrophique* caractérisée par l'induration et l'épaississement plus marqué des tissus n'est que la dernière période de l'affection. Elle se combine presque toujours avec l'une des formes précédentes et le plus souvent on peut observer chez la même malade : des plaques luisantes du sillon hyménéo-vulvaire par exemple, une ulcération profonde de 1/2 centimètre, à bords épais, indurés, à fond sanieux siégeant à la fourchette, enfin une hypertrophie très marquée de l'une ou l'autre des grandes lèvres.

Si l'on voit l'affection tout à fait au début, alors qu'il n'y a que de l'érythème, les applications de sulfure de carbone iodofonné répétées tous les jours peuvent amener la guérison, mais ce moyen serait insuffisant contre les tubercules, les ulcérations et l'hypertrophie.

Les tubercules et les ulcérations doivent être combattus par les scarifications ignées qui du reste ont fait leur preuve, dans ces dernières années, dans le traitement du lupus de la face. Ces scarifications se pratiquent avec la flèche aiguë du galvano-cautère, en prenant soin de diviser linéairement tous les tissus indurés qui supportent le tubercule ou l'ulcération. Il est souvent nécessaire de répéter plusieurs fois ces scarifications.

Lorsque les lésions siègent sur les grandes ou les petites lèvres et que celles-ci sont atteintes d'une hypertrophie marquée, il faut en pratiquer l'ablation ; j'ai remarqué que cette opération terminée, il devenait beaucoup plus facile de se rendre maître des ulcérations de la vulve, fait que je n'ai vu signalé nulle part.

Pour l'ablation des lèvres, le principal danger à éviter est l'hémorrhagie, étant donné le voisinage de la masse érectile si considérable du bulbe du vagin. Aussi l'emploi combiné de la forcipressure et du couteau du galvano-cautère me

semble-t-il indispensable. Le manuel opératoire est du reste le même que dans l'hypertrophie simple des lèvres.

OBSERVATION XVI.

Esthiomène perforant de la fourchette. — Guérison à la suite de scarifications linéaires avec la flèche du galvano-cautère.

Louise C..., 29 ans, entre dans le service du Dr Chéron à Saint-Lazare pour un esthiomène perforant de la fourchette. L'ulcération indolore, à fond grisâtre, sanieux, d'une profondeur de 5 millimètres environ sur 3 centimètres de large, repose sur une base fortement indurée. La malade ne peut dire à quelle époque remonte le début de l'affection actuelle, elle affirme n'avoir jamais éprouvé de douleurs à ce niveau; les rapports sexuels sont faciles et il n'y a aucun trouble de la miction; elle a conservé son embonpoint et sa santé générale est excellente.

Pendant un mois on applique inutilement le sulfure de carbone iodoformé, l'iodoforme, le nitrate d'argent, etc., sur l'ulcération qui reste stationnaire. M. Chéron voit la malade, confirme le diagnostic d'esthiomène perforant après avoir écarté l'idée d'ulcération syphilitique tertiaire en raison de l'absence de tous les autres signes de syphilis ancienne.

Il décide alors Louise C... à accepter des scarifications de toute la partie indurée qui s'étend à un centimètre au moins tout autour de l'ulcération. Ces scarifications sont faites parallèlement les unes aux autres avec la flèche du galvano-cautère portée au rouge par les accumulateurs à 3 et 5 millimètres de distance les unes des autres. On scarifie ainsi toutes les parties indurées en pénétrant aussi profondément que le demande l'altération des tissus, c'est-à-dire à un centimètre environ vers la partie moyenne de la fourchette et à un demi-centimètre sur les bords inférieurs de la face interne des petites lèvres qui commençaient à se laisser infiltrer.

Les scarifications peuvent se faire sans hémorrhagie et sont peu douloureuses; on applique sur la région un pansement à la gaze iodoformée, qui est répété tous les jours.

Sous cette influence, non seulement l'ulcération est complètement détruite, mais l'induration des tissus disparaît elle-même peu à peu. Au bout de un mois, il ne reste plus que de la rougeur qu'on fait disparaître par quelques badigeonnages à l'iodure d'argent (teinture d'iode et nitrate d'argent) et la malade peut

quitter le service, six semaines après l'opération, complètement guérie.

OBSERVATION XVII (1).

Esthiomène ulcéro-hypertrophique de la vulve. — Hypertrophie de la petite lèvre gauche et de la grande lèvre droite. — Amputation de ces deux tumeurs à l'aide du forcipresseur à lames parallèles par la galvanocaustie thermique; réunion par première intention.

Le 5 août 1875, entre dans notre service, salle Saint-Vincent de Paul, une jeune femme de chambre de vingt ans, Léontine G..., atteinte d'esthiomène ulcéro-hypertrophique de la vulve.

Née de parents décédés à un âge peu avancé, le père de phthisie pulmonaire et la mère d'un cancer à la matrice, elle a joui jusqu'à ces derniers temps d'une santé assez bonne. Elle est grande et bien constituée, mais elle présente les attributs du tempérament lymphatique doublé d'état strumeux.

Léontine G... n'a jamais eu d'enfants, elle a toujours été bien réglée depuis l'âge de quatorze ans.

Une année après l'établissement des règles, elle a commencé à avoir des pertes blanches extrêmement abondantes, et, depuis un an seulement, des maux d'estomac et des digestions difficiles.

En 1872, elle fut prise brusquement d'un gonflement de la petite lèvre gauche, qui céda à l'emploi des astringents prescrits par un médecin.

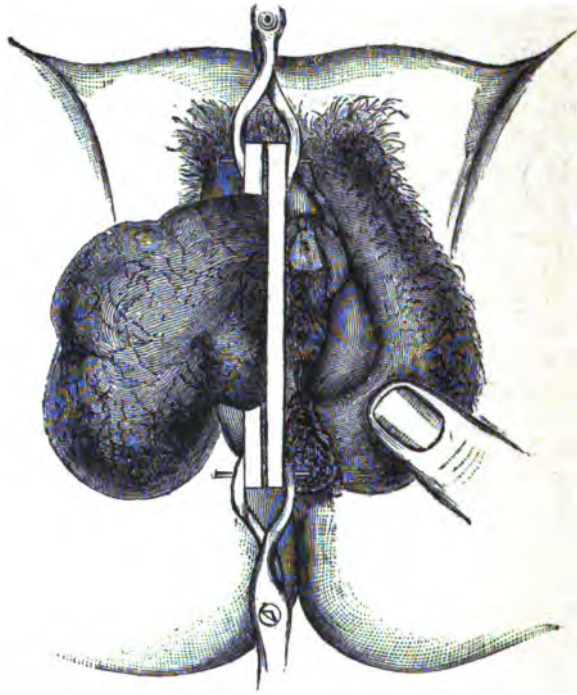
Depuis deux mois à peu près, les rapports sexuels sont devenus douloureux. La cause en est due à une ulcération dont la malade a constaté la présence, ulcération qui occupe toute la fourchette et pénètre dans le vagin. En même temps, le volume de la petite lèvre gauche augmente, et toute la vulve, à l'exception de la grande lèvre gauche, participe à cette augmentation de volume.

Examinée à son entrée, je constate un état d'hypertrophie de la plupart des éléments de la vulve dont voici la description.

La petite lèvre gauche est rouge et luisante comme un organe

(1) J'ai déjà publié cette observation, ainsi que la suivante dans la *Gazette des Hôpitaux*, n° du 8 juillet 1876, dans un article intitulé : De l'ablation des tumeurs de la vulve, à l'aide d'un instrument produisant la pédiculisation et l'ischémie chirurgicale, le forcipresseur à lames parallèles.

distendu, et présente le volume d'un œuf. Cette tumeur est divisée en trois lobes superposés. La petite lèvre gauche est légèrement épaissie et présente deux petits lobes indurés. La grande lèvre gauche est à peine augmentée de volume à sa partie supérieure. Quant à la grande lèvre droite, elle est très volumineuse, luisante et colorée à son bord interne, d'aspect lardacé sur le reste de sa surface. Sa partie inférieure vient faire corps avec le bord induré de la fourchette qui est elle-même le siège d'une large ulcération. Cette ulcération assise sur une base indurée, a renversé la face interne de la fourchette et détruit sa commissure.



Elle s'étend sur le plancher du vagin à une profondeur de 5 centimètres et remonte à une hauteur à peu près égale sur les parois de l'orifice vulvaire. L'aspect de cette ulcération est grisâtre et atonique, sa surface est très granuleuse.

Des bains, des cataplasmes émollients, plus tard des astringents ne modifient en rien l'état maladif de la vulve. L'hypertrophie des lèvres semble, au contraire, faire des progrès.

Dans cet état, l'ablation des tumeurs et de la base indurée de l'ulcération nous semble le seul moyen efficace à proposer à la malade, et l'opération résolue est pratiquée le 16 décembre, de la façon suivante :

La base de la petite lèvre enserrée par les deux lames d'ivoire du forcipresseur est massée doucement, pendant quelques instants, par des mouvements alternatifs de pression en haut et en bas, de façon à diminuer le volume de la base et à l'étreindre plus facilement et plus vite.

Lorsque les deux lames ne sont plus qu'à une distance de 5 ou 6 millimètres, les deux pinces sont brusquement rapprochées et leurs crémaillères accrochées du même coup.

La malade fait un mouvement et se plaint d'éprouver une douleur vive qui s'atténue aussitôt et disparaît en moins de trente secondes.

L'appareil est laissé en place ; la tumeur devient d'abord turgide, puis elle pâlit peu à peu. Un quart d'heure plus tard, la tumeur est détachée avec le couteau galvano-caustique sans qu'il s'écoule une seule goutte de sang et sans que la malade éprouve la moindre douleur. Le cautère galvanique est promené sur le pédicule de façon à former une eschare qui maintient les deux lèvres de la plaie, après l'enlèvement des lames du forcipresseur.

Cette eschare présente une longueur de 6 centimètres de longueur sur 3 millimètres de largeur, elle est brunâtre, sèche et résistante.

Dans ces conditions, il serait très facile de passer des épingles au-dessous de cette eschare, et de faire une suture entortillée, réunissant ainsi la plaie par première intention, et laissant à la suppuration cette petite portion escharifiée de 3 millimètres de largeur, mais je réserve, pour l'ablation de l'autre lèvre, l'emploi de ce moyen, si le résultat n'est pas excellent cette fois-ci, en abandonnant la plaie à l'évolution habituelle et l'élimination des eschares et de la cicatrisation par suppuration.

Le lendemain, sans qu'il y ait eu aucune trace d'inflammation, l'eschare s'est ramollie et son rôle contentif ayant cessé de ce fait, la plaie offre une large surface de 6 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur, c'est-à-dire l'étendue de toute la base d'implantation de la petite lèvre.

Cette plaie est touchée tous les jours, une fois avec la solution alcoolique d'acide picrique à 10 pour 100, elle devient promptement rosée, et vingt jours plus tard, il ne reste plus qu'un liséré

de 5 à 6 millimètres de largeur qui se cicatrice avec une très grande rapidité.

A propos de cette cicatrisation rapide, je ferai remarquer que toutes les fois que j'ai amputé une partie atteinte d'esthiomène, en prenant soin de faire porter la section sur une partie *non indurée*, la cicatrisation marche aussi promptement que dans toute autre partie saine. C'est pourquoi, aujourd'hui, je ne tente plus d'obtenir la cicatrisation des ulcérations de l'esthiomène qui reposent sur des bases indurées, car l'expérience m'a démontré que cette cicatrisation ne s'obtient que si l'on a d'abord réduit ou enlevé cette induration.

Après l'ablation de la tumeur de la petite lèvre, et sa cicatrisation il restait encore la tumeur de la grande lèvre gauche, et l'ulcération à large base, indurée, ayant envahi la fourchette et les parties latérales de la vulve.

La partie indurée et ulcérée de la fourchette fut soumise à l'action électrolytique d'un courant galvanique à action chimique intense. En six applications de dix minutes chacune, la réduction de l'induration fut complète.

Voici l'exposé du mode d'application. Le courant était fourni par douze couples au sulfo-amidure de mercure. L'un des réophores portait un excitateur cylindrique en cuivre, lequel réophore, enveloppé d'un linge mouillé, était maintenu en contact avec la partie ulcérée ; le pôle positif était armé du manipulateur à rouleau d'Amussat, lentement promené sur la face antérieure de la cuisse. Réduction de la partie indurée et de son épaisseur, fourchette devenue souple et mince, tels furent les résultats obtenus par l'électrolyse. Dès lors, une application quotidienne de solution alcoolique d'acide picrique à 10 pour 100 hâta la cicatrisation obtenue en moins de trente jours.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique

Nous empruntons à la *Presse médicale belge* le compte rendu résumé des principales communications faites au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie. Ce compte rendu est dû à notre confrère, le D^r EM. LEGROS.

Séance du 15 septembre.

Présidence de M. PÉAN.

Discussion sur les suppurations pelviennes.

M. Segond, de Paris, rapporteur, fait un long et très savant rapport. Il nous sera bien difficile d'en donner une idée en quelques lignes seulement. L'étude si actuelle des suppurations pelviennes soulève les questions les plus variées. Toutefois, sous l'impulsion des progrès de la gynécologie opératoire, il est certain que la thérapeutique de ces lésions complexes est aujourd'hui devenue l'objectif principal de nos recherches et c'est à ce point de vue spécial du traitement que le rapport est rédigé.

Tout d'abord on doit entendre par *suppurations pelviennes*, tous les états pathologiques caractérisés par la présence du pus dans le pelvis.

Cela étant admis on peut, à l'exemple de Jacobs, tenter de classer ces suppurations en se basant soit sur des considérations anatomiques, soit sur des considérations étiologiques.

Si la suppuration est due à des tumeurs, par exemple à des fibromes, à des kystes, ou à une grossesse ectopique, on aura des *suppurations secondaires*, à propos desquelles il est probable que tout le monde est d'accord pour admettre une intervention énergique, une ablation de la tumeur par la laparotomie ordinairement. Mais quant aux *suppurations primitives*, la question n'est pas aussi simple, elle est très vaste et quelques principes peuvent servir de jalons. Le premier, qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que *les interventions graves comme la laparotomie ou l'hystérectomie seront toujours scrupuleusement réservées aux femmes chez lesquelles il est manifestement impossible de se contenter d'une chirurgie plus conservatrice*. Il faut noter aussi que les suppurations pelviennes ayant leur cause plus ou moins proche dans un état morbide de l'utérus, *il sera nécessaire de pratiquer toujours une thérapeutique utérine convenable*. Enfin si des accidents aigus se manifestent, il sera prudent d'attendre leur fin à moins que le pus ne se collectionne ; dans ce cas, il faut l'évacuer.

Dans les cas bénins, le curettage utérin et l'évacuation suffiront souvent ; cette dernière peut se borner dans bien des cas à n'être qu'une incision faite suivant les circonstances à la paroi extérieure, abdominale ou vaginale. Elle se fera au moyen du bistouri et jamais d'une façon aveugle au moyen du trocart. Il est bien entendu que le traitement serait incomplet si l'évacuation n'était accompagnée de tentative de suppression de la lésion causale. Mais si l'incision est insuffisante, alors on devra s'adresser soit à la laparotomie soit à l'hystérectomie.

La laparotomie est opération connue, capable de donner des résultats merveilleux. D'une facilité relative, elle permet même d'arriver sûrement, directement aux organes que l'on voit ; elle permet même d'opérer en plaçant le bassin dans telle position que l'accès de la lésion en est facilité.

Mais elle n'est pas toujours absolument sans dangers, et l'opération de Péan, l'hystérectomie, peut lui être préférable.

On a fait beaucoup d'opposition à cette opération. Mais ceux qui l'ont abandonnée y reviennent progressivement et tous les jours de plus en plus, témoins : Pozzi, Bouilly, Jacobs, Rouffart, Debaisieux, Landau, etc.

L'hystérectomie est aussi, d'après le rapporteur, l'opération de choix dans les pyosalpinx énucléables et dans les échecs ou insuffisances de la laparotomie. D'après lui, cette opération, dans les cas ordinaires, au point de vue de la gravité, serait sur le même rang que la laparotomie. Mais dans les cas graves, elle présenterait un danger moindre tout en donnant un résultat meilleur et ne laissant pas de cicatrice sur le ventre. Telles sont les trois considérations par lesquelles M. Segond fonde sa manière de voir. D'après lui, tout ce qu'on a dit par exemple sur l'impossibilité d'y voir, sur l'encombrement par les pincés, sur l'infidélité de l'hémotase, sur la fréquence des complications opératoires ou bien encore sur le caractère incomplet de l'intervention est loin d'être exact. Sans doute, l'hystérectomie a, tout comme la laparotomie, ses écueils, ses dangers, ses imperfections, ses difficultés ou même ses impossibilités ; mais celles-ci comme ceux-là s'observent en des conditions qui sont à peu près les mêmes pour les deux opérations.

On a reproché aussi à l'hystérectomie de ne pouvoir être abandonnée si dans le cours de l'opération on reconnaît une erreur de diagnostic ; ce n'est nullement exact ; même après avoir commencé une hystérectomie, on peut encore s'arrêter à temps, surtout quand on opère par morcellement.

Enfin dans les cas où on a presque le choix entre l'enlèvement des annexes et celui de l'utérus, ce dernier est préférable parce que si la matrice est supprimée, les annexes s'atrophient plus sûrement que la matrice si ce sont les annexes. Celles-ci d'ailleurs sont la plupart des fois enlevées dans l'hystérectomie.

Cette dernière expose, il est vrai, aux fistules vésico-vaginales, mais celles-ci guérissent facilement.

Le rapporteur a aussi cité quelques chiffres éloquentes. Sur 102 hystérectomies dont 55 pour lésions suppuratives, il n'a eu à enregistrer que 11 morts, et l'analyse de ces cas montre que le procédé opératoire ne doit pas en être considéré la cause.

M. PÉAN prend la parole et recommence l'exposé presque complet de la question. Il fait un rapport durant aussi longtemps que le premier et qui s'en rapproche beaucoup.

L'orateur fait aussi part d'une statistique qui montre, comme la précédente, que les craintes qu'on avait formulées relativement à l'hystérectomie sont exagérées. Sur 150 opérées, cinq sont mortes, deux de tuberculose pulmonaire, une d'accidents cérébraux, une de syphilis viscérale et une seule de l'opération elle-même. Et dans sa longue communication, il va jusqu'à prétendre que l'agent pathogène, le microbe, n'intéresse pas le praticien.

M. WILLEMS, de Gand, veut attirer l'attention du Congrès sur la périnéotomie, que dans son rapport M. Segond a jugée sévèrement.

La périnéotomie telle que la comprend cet auteur n'est pas quelques incisions faites à l'aveugle, mais bien une incision en forme de trapèze, une formation d'un lambeau comprenant le périnée et le rectum.

En se rabattant, ce lambeau découvre une large brèche donnant une grande facilité d'opération, l'introduction de la main se faisant librement.

Certes, ce n'est pas sans difficulté d'exécution, mais toute opération est difficile et pour des cas d'extirpation de tumeurs du rectum, on y a recours avec des résultats favorables. L'hémostase se fait bien.

Elle n'a pas encore été mise en pratique à propos de suppuration pelvienne ; mais à en juger par les avantages que d'après l'exécution sur le cadavre elle semble devoir donner, l'auteur est persuadé qu'elle s'imposera et que son indication spéciale sera la présence d'une poche purulente postérieure à l'utérus.

M. WILLIAM TRAVERS de Londres, ne rejette pas l'hystérectomie par morcellement, mais considère ses indications comme très limitées. La question du diagnostic, de la difficulté de l'asepsie du vagin et d'autres n'en font pas un partisan.

M. JACOBS, en considérant les résultats qui lui sont acquis par une pratique de quelques années, peut déjà, sinon trancher la question, au moins l'éclairer.

Pour lui il y a des indications différentes suivant que les suppurations sont intra-péritonéales ou extra-péritonéales.

Dans les cas de salpingite, d'ovarite, de kystes et de tumeurs suppurantes, on ne doit plus se borner à l'expectation, mais, suivant les indications, se résoudre à la laparotomie ou à l'hystérectomie.

Cette dernière est indiquée quand il y a bilatéralité des lésions ; dans la laparotomie, le traitement du pédicule est difficile à soigner dans les inflammations secondaires et tardives. La première des deux lui donne moins de décès ; il reconnaît que c'est une opération difficile,

mais la laparotomie n'est pas non plus de la plus grande simplicité quand il y a des adhérences.

Quant à la dilatation suivie du curettage, elle a ses indications. Si les collections purulentes ne communiquent pas, c'est une opération insuffisante.

M. SNEGUIREFF, de Moscou, fait au nom de Goubaroff et au sien une communication sur le traitement chirurgical des inflammations du tissu cellulaire du bassin.

Les notions sur l'anatomie du tissu cellulaire du bassin manquent de précision. Ce tissu présente une disposition particulière : il forme des cloisons qu'ils appellent *mésentères cellulaires*.

Le mésentère cellulaire du ligament rond a une grande importance pour l'anatomiste, le pathologiste et le chirurgien, car il divise toutes les inflammations de tissu cellulaire du bassin en deux groupes : les *antéro-latérales* et les *postéro-latérales*.

La présence de cette cloison est démontrée par les recherches anatomiques de l'un d'eux, M. Goubaroff, et par les observations cliniques du professeur *Sneguireff*.

Les auteurs ont, à la suite élaboré des procédés opératoires simples et précis permettant de découvrir le pus dans toute l'étendue du tissu cellulaire du bassin, malgré son abondance, par la méthode extra-péritonéale (laparotomie extra-péritonéale ou parapéritonéale). Ce résultat a été confirmé par quarante-six cas opérés par le professeur *Sneguireff*.

Ils concluent que toute inflammation et toute suppuration disséminée, ayant pour siège ce tissu cellulaire et ne cédant à aucun moyen thérapeutique doit être traité par incisions.

Cette intéressante communication est malheureusement interrompue par la suspension de la séance.

M. RICHELLOT, de Paris, communique les résultats remarquables qu'il a obtenus. Sur 144 hystérectomies vaginales il n'a eu que 9 morts. 23 de ces opérations ont été faites pour des fibromes utérins, 120 pour des lésions des annexes, dont 39 pour des suppurations pelviennes. Les mortes avaient été opérées *in-extremis* et l'opération en elle-même ne peut en rien être imputée.

Toujours il a employé la méthode par morcellement, les pinces à demeure malgré les griefs qu'on a accumulés contre elles. Il a remarqué que toujours les poches purulentes une fois vidées se rétractent rapidement sans que jamais il ne se produise d'accidents de rétention purulente. En comparant les deux opérations de laparotomie et d'hystérectomie, il croit que celle-ci est décriée parce qu'elle est moins connue, moins employée et moins familière. Au point de vue des suites, l'avantage reste à la seconde.

M. SAENGER, de Leipzig, prétend qu'en principe on doit toujours tendre à la conservation. Toutes ces méthodes sont bonnes, mais il s'agit de déterminer exactement leurs indications.

La laparotomie sera toujours une opération plus facile et plus sûre.

L'hystérectomie lui paraît répondre à deux indications : 1^o dans les cas de fistules multiples chroniques des tissus cellulaires, et 2^o dans les cas de larges abcès libres du côté de la matrice et des annexes.

Quant aux autres opérations, telles que la périnéotomie, ce seront toujours des opérations d'exception. On doit donc accepter l'opération de Segond, mais elle ne peut être érigée en système.

M. MOORE MADDEN, de Dublin. — Même opinion. L'hystérectomie est une opération grave quoiqu'en disent les habiles opérateurs. Elle peut avoir ses indications spéciales.

M. GOULLIoud, de Lyon. — Elève de Laroyenne, il vient défendre son maître ; le débridement vaginal est une méthode moins rapide, mais qui a du bon. On débride dans le cul-de-sac postérieur et les poches multiples ne sont pas une contre-indication ; au contraire, s'il y a des poches multiples, la supérieure est ordinairement tubaire et purulente et la méthode dans ces cas donne de bons résultats. Ses avantages sont qu'elle est simple et d'une guérison durable et parfaite ; elle laisse l'espoir de la fécondité (48 cas observés ont donné quatre naissances postérieurement à l'opération). Si on craint des troubles nerveux provenant de la présence d'un utérus malade, les auteurs peuvent donner l'observation de trois cas où il y a eu hystérectomie totale et où ces troubles se présentaient.

L'opération est moins grave évidemment et les troubles intestinaux post-opératoires ne sont pas à craindre.

Ce procédé s'applique naturellement dans tous les cas de poches simples, mais a une indication spéciale chez les femmes faibles qui ne supporteraient pas probablement la laparotomie.

C'est le cul-de-sac de Douglas que l'on perce au moyen d'un trocart présentant la courbure pelvienne. La canule reste placée et sert de guide pour l'introduction d'un métrotome. Cette opération serait suffisante dans bon nombre de cas.

M. PICHEVIN, de Paris. — L'hystérectomie n'est pas une opération bénigne et ne doit pas être appliquée d'une façon systématique. Elle rencontre des indications quand il y a suppuration large et diffuse et lorsqu'il y a fistules.

M. DELAGENIÈRE, du Mans. — La laparotomie a fait ses preuves et est moins grave que l'hystérectomie. Les inconvénients de la cicatrice sur le ventre sont sans importance. L'éventration même est moins grave que la possibilité d'une perforation de la vessie. Sa seule indication serait un échec de laparotomie.

M. VULLIET, de Genève. — Depuis deux ans il n'a plus fait, pour suppuration pelvienne, ni hystérectomie ni laparotomie ; il a seize fois avec succès employé la méthode de Landau. Le pus pelvien est toujours susceptible d'être évacué par ponction, drainage et lavage des poches. C'est le traitement habituel des poches purulentes. S'il y a vastes abcès, on pourra recourir à l'incision.

Dans la pyosalpingite, le sac ou les sacs ont toujours des adhérences très solides ordinairement avec le plancher pelvien et comme le pus

des collections est en général peu virulent, il n'y a pas d'inconvénient à la ponction ou même à plusieurs ponctions allant à la recherche de la collection. La position de la malade a une certaine importance pour permettre un toucher bimanuel exact. Douze fois il a eu une guérison d'emblée ; dans quelques cas le pus se reproduisit ; il a fait la ponction et injecta une solution de sublimé. Si le pus se reproduisait encore une troisième fois, on pourrait faire une incision avec un petit couteau monté sur un trocart cannelé.

Pour l'auteur, cette méthode est le traitement de choix.

M. WALTON, de Bruxelles. — Par la laparotomie on enlève les ovaires et on laisse l'utérus, siège des douleurs. Mais les moyens doivent être épuisés avant de se décider à mutiler les malades.

Le curettage après dilatation supprime aussi la douleur et par une antiseptie rigoureuse dans la cavité utérine, on empêche les nouvelles infections des trompes.

M. DOYEN, de Reims, présente une statistique étendue. 77 hystérectomies vaginales ont donné 4 morts non imputables au mode opératoire. Tandis que 56 laparotomies ont donné 6 morts, dont deux dues à du mauvais catgut, et l'auteur a la conviction que pour les quatre autres elles auraient été sauvées, par l'hystérectomie.

D'autre part, dix malades opérées antérieurement par la laparotomie ont dû subir l'hystérectomie vaginale.

M. ROUFFART, de Bruxelles. — L'hystérectomie est le traitement des suppurations graves, le curettage le traitement préventif, mais on voit rarement la malade au début.

M. DURET, de Lille. — Dans les cas graves, il est préférable de s'adresser à l'hystérectomie par le vagin.

M. TOURNAY, de Bruxelles. — L'hystérectomie lui a donné de bons résultats ; il croit cependant qu'elle a ses indications spéciales et pour le prouver donne lecture de deux observations choisies et très instructives. Si l'une montre la nécessité de l'hystérectomie, l'autre traitée par la laparotomie montre fort bien que l'hystérectomie par morcellement eût donné des résultats fâcheux.

M. LEBEC, de Paris. — On délaisse nos devanciers. Autrefois l'incision du cul-de-sac postérieur n'avait pas donné de résultats suffisants parce qu'on n'avait pas l'antiseptie à sa disposition. L'hystérectomie est dangereuse dans le cas d'adhérences avec l'intestin. Le massage utérin et l'électricité lui ont donné de bons résultats.

M. LAUWERS, de Courtrai. — Il y a de nombreux accidents possibles pendant la laparotomie. Dans le cas d'hystérectomie, le drainage est facile et la porte d'infection ultérieure est fermée.

M. FÉLIX, de Bruxelles, se demande si on ne se laisse pas souvent entraîner par le désir d'opérer. Les anciens traitements médicaux (médicamenteux, hygiéniques, eaux minérales, etc.) donnaient des résultats.

M. BOISLUX, de Paris, est partisan de l'incision du Douglas sur une ligne longitudinale.

M. HEYWOOD SMITH, de Londres, est partisan modéré de l'hystérectomie.

M. MANGIAGALLI parle de l'étude spéciale des infections microbiennes des organes du petit bassin.

La disposition des lymphatiques semblerait montrer que l'hystérectomie est préférable.

M. CHÉRON, de Paris. — Le débat s'est vite établi entre la laparotomie et l'hystérectomie. Mais à côté de ces deux traitements, il y a place pour les traitements médicaux et il lui semble qu'on les oublie. (Voir *Rev. méd. chir. des mal. de femmes*, sept. 1892).

M. SEGOND reprend la parole. Sans grande peine il met en relief la valeur et le nombre des communications dont les conclusions sont en faveur de l'hystérectomie. Il rappelle, cela semblait nécessaire, que cette opération n'était propice qu'en dernier ressort, et conclut qu'elle est définitivement entrée dans la pratique et que le champ de ses indications est assez vaste. — La séance est levée.

Séance du 16 septembre (matin).

Présidence de M. GUSSEKOW, de Berlin.

M. MARTIN, de Berlin, expose un savant rapport sur la question des grossesses extra-utérines et arrive aux conclusions suivantes :

1. L'étiologie de la grossesse extra-utérine est encore très obscure. Les hypothèses actuelles n'expliquent que quelques cas isolés, et non d'une manière irréprochable. Nous ne serons exactement fixés sur cette question que lorsque la physiologie de l'imprégnation sera connue.

2. L'insertion tubaire de l'ovule est la plus fréquente ; l'insertion ovarienne n'est pas aussi rare qu'on l'a avancé dans ces derniers temps.

3. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine reste un diagnostic de probabilité pour tous les cas, sauf cependant ceux dans lesquels on peut observer la croissance de la poche fœtale hors de l'utérus, la formation intra-utérine d'une caduque sans chorion manifeste, ou le produit lui-même.

4. L'issue ne se fait que rarement par métamorphose régressive (formation de lithopédion, momification). Dans la plupart des cas, la mort de l'ovule se produit par hémorragie dans le sac fœtal ou dans l'ovule lui-même. On voit se produire alors ou l'évacuation du sang dans la cavité abdominale par l'orifice abdominal de la trompe (avortement tubaire) ou rupture dans la continuité de la trompe (dans la cavité abdominale ou dans le ligament large). Cette hémorragie s'arrête rarement. Dans la majorité des cas, la mort (75 % des cas) survient par anémie ou par péritonite, dont l'étiologie est encore inconnue, tandis qu'après intervention chirurgicale la mortalité n'atteint que 30 % environ d'après l'ensemble des statistiques.

5. On doit considérer et traiter la grossesse extra-utérine comme un néoplasme dangereux. Les cas de développement *ad terminum* sont tellement rares, qu'en respectant la vie de l'enfant, on sacrifie la mère.

6. Par conséquent, la thérapeutique de choix est l'intervention opératoire entreprise aussitôt que possible, dans toutes les variétés de grossesse ectopique. Le traitement par les injections de morphine ne donne que des guérisons tardives. On ne peut apprécier encore la valeur du traitement par l'électricité, car il n'existe pas d'observation exempte de reproche.

M. ALBAN DORAN, de Londres. — Si la grossesse se développe dans une corne utérine atrophiée, elle peut être considérée comme extra-utérine et est justiciable d'une intervention opératoire.

On doit mettre en doute tout siège primitif du kyste fœtal situé autre part que dans la trompe. Le siège qu'on ne peut nier et qui est le plus fréquent est la partie moyenne de la trompe. Il n'existe pas de cas probants où l'on ait trouvé le sac fœtal dans l'ovaire ou les intestins.

Une grossesse tubaire peut par son développement adhérer au péritoine et augmenter progressivement. Cette extension est la règle dans les cas où elle siège au pavillon. Après que l'œuf s'est séparé de la trompe, celle-ci ne conserve aucune trace de sa présence passagère, de sorte que tout œuf trouvé dans le ventre ne doit pas nécessairement avoir été tubaire. L'orateur pense comme M. Martin que l'intervention hâtive doit être la règle.

M. DIMITRI DE OTT, de Saint-Petersbourg, trouve que c'est surtout sur le traitement de la grossesse extra-utérine que l'on ne s'est pas mis d'accord. Quand on se propose de déterminer une indication scientifique à une intervention thérapeutique quelconque, il faut avant tout élucider le côté anatomique.

Les modifications anatomiques sont celles de la grossesse normale, mais modifiées d'après les nouvelles circonstances et suivant la manière dont cette tumeur évolue. Il en résulte de nombreuses indications spéciales. Ainsi, quand la grossesse s'arrête dans son évolution, le danger n'est pas moins grave, surtout à cause des dangers d'hémorragie qui peuvent se produire par exemple aux époques menstruelles. La simple expectation est donc à rejeter et l'intervention la plus rationnelle est la laparotomie.

M. REIN, de Kiew, admet à l'encontre de M. Martin la grossesse abdominale primitive. Il a eu l'occasion d'en observer deux cas et il montre deux dessins représentant les tumeurs fœtales en continuité, mais parfaitement distinctes, avec les annexes saines.

Il donne une observation d'une grossesse extra-utérine arrivée à terme avec un enfant bien portant de 3200 gr., vivant encore. D'après lui, la méthode conservatrice est indiquée si l'on constate que l'enfant est vivant et que l'on est à moitié du terme. Quant à la technique opératoire, elle n'est pas plus compliquée que celle des autres laparotomies.

M. PICHEVIN, de Paris, a vu huit cas de grossesse tubaire dont il a pu

six fois établir le diagnostic à l'avance. Les huit cas ont été opérés et ont donné deux morts; l'une à la suite d'une hystérectomie vaginale, l'autre à la suite de péritonite.

M. POWLACKI BEY, de Constantinople, a observé cinq cas de grossesse extra-utérine: deux de ces cas ont montré des accidents très graves à l'approche du terme. Une des femmes est morte après avoir souffert pendant trois ans. L'autre a conservé une tumeur qui la fait souvent souffrir, mais l'auteur l'a perdue de vue. Le troisième cas se révéla par des accidents graves qui firent poser le diagnostic de suppuration du petit bassin: incision, évacuation d'un fœtus mort. Pour le quatrième cas, on crut à une tumeur, qui fut énucléée et à sa dissection on y trouva un fœtus momifié de deux mois. Le cinquième cas ne fut pas non plus diagnostiqué exactement, quoique la femme se crût enceinte de trois mois; elle eut un jour de fortes hémorragies qui firent croire à une fausse couche. Plus tard, elle eut une hématocele que l'auteur ponctionna, et dans les caillots de sang on trouva un fœtus de 2 à 3 mois.

L'auteur croit qu'une des causes des hématoceles est généralement une grossesse extrautérine qui s'arrête dans son évolution. L'œuf tomberait au fond du petit bassin.

M. SCENGER, de Leipzig, insiste sur la difficulté du diagnostic. L'hyperplasie des parois peut en imposer. La mort du fruit est l'ordinaire. Quant à la question du traitement, il pense qu'il faut s'en tenir aux indications.

M. CAMERON, de Glasgow, est d'avis que nombre de cas ont été pris pour quelque autre affection. L'opération est rarement faite assez tôt pour que le diagnostic soit exempt d'erreurs. Son mode de traitement consiste soit dans les injections de substances toxiques dans le sac, soit par la destruction du fœtus par l'électricité.

M. PETIT, de Paris, est tenté de croire que la grossesse ectopique n'est pas si rare et qu'elle pourrait être la cause de bien des désordres inflammatoires du petit bassin.

M. ENGELMAN, de Saint-Louis (Amérique), montre des planches et des photographies se rapportant à l'étiologie et au diagnostic de la grossesse extra-utérine. Un ovule fécondé se trouvait sur la trompe gauche, alors que celle-ci était oblitérée par des adhérences.

M. STRAUCH, de Moscou, montre une trompe renfermant un fœtus de deux mois extrait deux ans après.

M. LEBEC, de Paris, attire l'attention sur la difficulté d'opération dans certains cas. Il dut intervenir d'urgence chez une femme faible arrivée à huit mois de gestation. Il ne fit pas l'incision au milieu, à cause du souffle utéro-placentaire; malgré cela il arriva sur le placenta. Son intervention ne fut pas couronnée de succès. S'adressant à M. Martin il lui demande s'il est possible, dans des cas analogues, de diagnostiquer la place exacte du placenta, et quel est son avis sur la conduite à tenir en cette occurrence.

M. MARTIN répond à M. LEBEC que ce diagnostic exact n'est guère

possible, qu'il ne ferait pas son incision autre part que sur la ligne médiane, qu'il ne se bornerait pas à la faire petite comme M. Lebec a cru devoir la faire, mais qu'il la ferait aussi grande que possible tant pour s'éclairer dans le cours de l'opération, que pour pouvoir intervenir efficacement dans le cas d'hémorragie.

Séance du 16 septembre (après-midi).

COMMUNICATIONS DIVERSES.

M. DEGHILTGE, de Mons, s'élève contre l'abus du curettage de l'utérus, qui se pratique actuellement d'emblée, sans épuiser les ressources de la thérapeutique médicale.

Il estime que cette opération, que l'on considère comme insignifiante, puisqu'on la fait pratiquer par des élèves, est souvent suivie de conséquences terribles.

Il a constaté que de simples cas d'endométrite se sont transformés, après quelques manœuvres intra-utérines, en complication suppurative grave du côté des organes du bassin.

D'après lui, des organes de la génération de la femme sont souvent inquiétés sans motif vrai, et il proteste en terminant contre l'emploi systématique de la curette dans les affections de l'utérus et de ses annexes.

L'opération ne doit être que *l'ultima ratio* à laquelle on doit avoir recours.

M. DELINEAU, de Paris, fait une communication sur ce qu'il appelle l'électrolyse cuprique intra-utérine. Le pôle positif d'une pile à courant continu est représenté par une tige de cuivre qui s'introduit dans la cavité utérine, tandis que le pôle négatif est appliqué sur le ventre avec les précautions ordinaires. Il reste dans la cavité utérine et dans les interstices cellulaires de l'oxychlorure de cuivre qui serait un microbicide énergique.

M. LAURENT, de Bruxelles, signale des hémorragies menstruelles qui se seraient produites dans un moignon d'utérus laissé à la suite d'une laparotomie.

M. DOYEN, de Reims, présente les résultats de 305 opérations sur l'utérus et les annexes comprenant 175 laparotomies et 132 opérations vaginales. Il rappelle qu'en mai 1887, il a fait une hystérectomie pour un gros fibrome qui pesait jusque 1800 gr. et qu'en 1887 il a fait de propos délibéré une hystérectomie par voie vaginale pour salpingite purulente. Depuis lors, il a employé cette opération un grand nombre de fois et n'a eu qu'à s'en louer. Il décrit un procédé opératoire spécial qui lui a permis d'enlever plusieurs fois par la laparotomie l'utérus en totalité.

M. SEGOND réclame la priorité de l'opération pour Péan. Il commente d'une façon très intéressante le manuel opératoire de M. Doyen, rap-

pelle qu'un procédé déterminé n'est pas toujours applicable à tous les cas.

M. GOTTSCHALK, de Berlin, fait une communication sur l'hystogénèse et l'étiologie des myômes de l'utérus, signale la présence dans ces myômes de corps analogues aux corps colorables de Flemming et aux coccidies que l'on a signalées depuis un certain temps dans les cancers ; il est regrettable que cet auteur n'ait pu faire la démonstration des magnifiques préparations microscopiques qu'il avait apportées et que nous avons eu la bonne fortune de pouvoir examiner.

M. FAUCON, de Lille, présente un cas de dystocie où, par suite d'une prolongation du temps de la grossesse de trois semaines, le fœtus avait atteint un poids de 4 kilos.

M. PORAK, de Paris, présente la symphyséotomie comme une opération conservatrice au même titre que l'opération césarienne. Il faut ménager l'articulation sacro-iliaque et se rappeler que l'urèthre plus adhérent au pubis se blesse plus facilement. Les dangers d'un écartement considérable des pubis sont l'hémorragie, facile du reste à éviter, puis une non réunion de la plaie par première intention. Comme conséquence éloignée relative à une mobilité plus grande des os du bassin, il n'a pas reçu de plaintes et les femmes qu'il a opérées marchent bien.

M. TREUB, de Leiden, s'adressant seulement à ceux qui enseignent l'obstétrique, montre un appareil qui met en évidence l'influence des cyphoses sur la forme du bassin. Cet appareil se compose d'un bassin suspendu par son centre et surmonté en guise de colonne vertébrale d'une tige de plomb malléable. D'après la forme que l'on donne à cette tige, le bassin s'incline et montre que les poussées anormales qu'il reçoit doivent nécessairement altérer sa forme. Cet instrument peut aussi servir à la démonstration des déformations du bassin dues aux affections du fémur.

M. LA TORRE, de Rome, à la suite de certaines mutilations de l'utérus, a obtenu des monstruosités fœtales chez les animaux.

Il a étudié pour l'homme le processus de réparation de la muqueuse utérine. Après un raclage, celle-ci se reproduit en deux à cinq mois. Après l'action de la pâte de Canquoin, la reproduction est lente ; il y a des altérations profondes jusque dans les glandes, qui rendent la restitution intégrale impossible.

M. CAMERON donne des détails sur l'incision et sur la suture qu'il emploie maintenant dans l'opération césarienne.

M. MULLER, d'Anvers, dans deux cas d'opération césarienne a eu à se louer de l'incision faite au fond de la matrice.

M. LEPRÉVOST, du Havre, emploie le ballon de Petersen, lorsqu'au cours des opérations sur l'abdomen il se trouve en présence de difficultés qui tiennent à la profondeur des organes internes ; il l'applique tantôt dans le rectum, tantôt dans le vagin ; ici, il immobilise l'utérus et amène la partie supra-vaginale du col jusque dans le champ de l'incision abdominale.

M. LABADIE-LAGRAVE, de Paris, dans une communication qu'il fait pour lui et au nom de M. Bassen, prétend que le curettage dans les salpingites est efficace quand il est bien fait et suivi d'un tamponnement complet de la cavité utérine, pendant plusieurs semaines. Il insiste surtout sur la façon de faire le drainage consécutif qui est important.

M. DURET, de Lille, parlant des tumeurs végétantes des ovaires, dit : que les caractères de l'ascite peuvent révéler la nature de ces tumeurs ; il attire l'attention sur leur évolution toute particulière et donne l'observation d'un papillôme vrai qui intéressait les deux ovaires.

M. CITTADINI, de Bruxelles, a fait quinze fois le raccourcissement des ligaments ronds avec un succès constant. La particularité de ce procédé consiste en ceci : il tire très fortement sur le ligament, de façon à pouvoir suturer leur insertion à la corne utérine aux piliers de l'orifice inguinal, par des sutures en étage. Il a ainsi obtenu des guérisons de prolapsus et de rétrodéviations datant de deux ans.

La séance est levée.

Séance du 17 septembre (matin).

Présidence de M. MOORE MADDEN.

M. BERRY HART, d'Édimbourg, présente son rapport sur le Placenta Prævia. (*Voir notre précédent numéro*).

M. ROBERT BARNES, de Londres, a étudié cette question depuis de longues années. Deux méthodes d'études pouvaient être suivies : la méthode anatomique et pathologique sur le cadavre et la méthode clinique sur le vivant. C'est cette dernière qu'il a suivie. D'après lui, le placenta prævia ne ressort pas de la pathologie, ce n'est que de la physiologie un peu anormale. D'où il conclut qu'on ne doit pas l'enrayer, mais tenter de remettre les choses en bonne voie.

Dans le traitement des accidents de la fin de la grossesse aussi, il se souvient toujours de cet adage : « Plus fait douceur que violence. »

M. GELLÉ, de Provins, veut attirer l'attention des congressistes sur un point seulement : l'emploi du ballon de Champetier dans les hémorragies dues au placenta prævia. Le ballon provoque les contractions en même temps qu'il produit l'hémostase, et l'accouchement du ballon est bientôt suivi de l'accouchement de l'enfant. Cet emploi semble être indiqué dans les cas où la déchirure du placenta n'est pas possible ou qu'elle est incomplète.

M. VERRIER, de Paris. — Quand le placenta est bilobé, un seul est prævia et il n'a d'importance que pour l'accouchement. Le traitement du petit lobe peut se faire de plusieurs manières.

M. GOTTSCHALCK s'occupe surtout de l'anatomie de texture des parois utérines lorsque celles-ci arrivent en contact avec les membranes de l'œuf.

M. BERRY HART reprend la parole pour clore la discussion sur cette question.

On passe à la seconde partie de l'ordre du jour.

M. Bossi, de Gènes, s'occupe des effets des dilateurs mécaniques qui agissent brutalement. Il a cherché à combiner un instrument qui pourrait provoquer l'accouchement en quelques heures et présente celui qu'il a fait confectionner et qui, d'après lui, est parfait. Il se compose surtout de trois espèces de baïonnettes qui s'introduisent dans la cavité utérine, et qui, par des mécanismes ne pèchant pas par leur simplicité, s'écartent progressivement. L'accouchement est quelquefois provoqué en vingt minutes.

Sur une cinquantaine d'applications heureuses, il n'y a eu à enregistrer que deux morts d'enfant.

M. Tournay présente un porte-jambe pouvant s'adapter à toute espèce de table. Les détails de l'appareil sont ainsi combinés qu'il n'y a pas de position possible qu'on ne puisse obtenir sans difficulté. L'appareil, quoique d'une grande solidité, n'est ni trop lourd ni trop volumineux. Il peut se replier et s'introduire en entier dans une élégante boîte relativement petite, qui rend son transport des plus aisés.

La sonde intra-utérine, pince dilatatrice, est une modification de la pince dilatatrice ordinaire. Une des parties est creuse et peut servir aux injections antiseptiques intra-utérines.

M. Cordes, de Genève, présente une nouvelle sonde aseptique à irrigations intra-utérines.

M. Legay, de Lille présente un pasteurisateur (!) du lait. Un petit poëlon que l'on remplit de lait et sur lequel on visse un bouchon creux qui empêche l'évaporation du lait en même temps qu'il permet sa dilatation quand on porte l'appareil au bain-marie.

Pourquoi pas tout simplement la première bouteille venue remplie aux deux tiers ? Cela ne coûterait pas si cher, mais... ce serait beaucoup plus simple.

M. Gottschalck se sert depuis six mois d'une ergotine de préparation nouvelle et qui semblerait supérieure à ses précédentes.

La séance est levée.

Séance du 17 septembre (après-midi)

Présidence de M. Charles, de Liège.

M. Chambrelant, de Talena. — Le sérum humain est toxique pour les animaux à la dose de 10 centim. cubes par kilog. de lapin. Le sérum de femmes éclamptiques a donné les résultats suivants : dans six expériences, il suffisait de 6, 5 et même 3 cc. de sérum d'éclamptique par kilog. de lapin.

Le sang le plus toxique appartenait à une femme qui est morte éclamptique.

M. Keiffer, de Bruxelles, a observé un fibrome utérin volumineux

chez une femme de 65 ans. Cette personne n'avait jamais été bien réglée, et n'est pas devenue enceinte malgré son mariage, tardif il est vrai. L'ouverture du ventre pour l'extraction du fibrome a montré de petits ovaires scléreux.

Ce fait ne confirme pas l'idée généralement répandue que des ovaires atrophiés enrayent le développement des fibromes utérins.

M. CHÉRON, de Paris, se sert pour drainer la cavité utérine d'un paquet de crins de Florence. (*Voir Rev. méd. chir. des mal. des femmes*, sept. 1892, p. 518.)

M. VERCHÈRE, de Paris, présente un drain particulier dont il se sert et qui peut rendre les plus grands services. Ce drain est une application du procédé de Malécot pour obtenir le maintien automatique des sondes dans la vessie. Ce drain présente un renflement dû à la saillie de la paroi du tube dont la partie centrale a été raccourcie par un artifice de fabrication. Avec un mandrin, le drain est tendu et la saillie s'efface ; l'introduction est alors facile ; sitôt que le mandrin est retiré la saillie reparait et empêche sa sortie.

M. DÉLÉTREZ, de Bruxelles, présente une statistique d'opérations diverses. A propos de la laparotomie, il insiste sur l'avantage qu'il y a à retirer les anses intestinales du petit bassin avant d'y abandonner le pédicule.

M. DEBAISIEUX, de Louvain. — Un kyste de l'ovaire de la grosseur de deux poings rendait impossible un accouchement. Par la laparotomie, la mère et l'enfant furent sauvés.

Le douzième jour il y eut des phénomènes d'obstruction intestinale. Le cul-de-sac de Douglas était fluctuant, et la ponction par le rectum laissa écouler du sang. Cet hématocele avait probablement pour cause la coupure trop rapide de l'utérus par les ligatures.

M. APOSTOLI, de Paris. — 1° Le courant sinusoidal dans la cavité utérine est toujours bien supporté ; 2° il ne produit pas de douleur ni de fièvre ; 3° les hémorragies sont nulles ; 4° l'action sur la douleur est favorable ; 5° il combat avantageusement la leucorrhée ; 6° n'a pas d'action sur l'hydorrhée qui accompagne certains fibromes ; 7° sur les fibromes son action est peu connue ; 8° les exsudats péri-utérins se résorbent. (*Voir plus loin*, p. 608).

M. HOUZEL, de Boulogne-sur-Mer, indique comme suit la conduite à tenir en présence des cancers inopérables :

1° Ils sont justiciables d'un traitement chirurgical.

2° Ce traitement soulage toujours, ce qui est une indication suffisante ; ensuite il donne des illusions aux malheureuses.

3° L'évolution du mal subit un retard, et il y a toujours une survie d'au moins une année.

4° Il faut opérer largement, par les instruments tranchants, et bien se garder des pâtes caustiques.

5° On enlève le plus possible des tissus malades, et s'il ne peut faire mieux on suture les tissus simplement infiltrés.

M. DELAGENIÈRE, de Paris, rapporte deux cas de dystocie, dont l'un

pour fibrome de l'utérus. Il fit l'opération de Porro, et il eut un enfant vivant.

Dans le second cas, il y avait un kyste multiloculaire de l'ovaire, et l'utérus gravide de trois mois produisait une torsion du pédicule qui demanda l'intervention, qui fut d'ailleurs heureuse.

M. PETIT. — Le varicocèle chez la femme, par la congestion passive, peut engendrer du côté des annexes d'importantes lésions débutant par l'œdème pour aboutir à la dégénérescence.

M. JACOBS a employé cinq fois le curettage et la dilatation pour pyosalpinx. Dans trois cas, le résultat fut nul et dans deux cas seulement il obtint une amélioration qu'il trouva cependant peu satisfaisante.

M. KIEFFER. — La muqueuse utérine est généralement considérée comme le point de départ de l'excitation menstruelle ; l'auteur relate deux observations qui pourraient faire attribuer un rôle aux ovaires.

M. WESTERMACK, de Stockholm, a employé avec un succès constant, contre la chute de la matrice, une méthode de kolporrhaphie latérale un peu spéciale qu'il expose en détail.

M. PICHEVIN prétend que les rétrodéviations de l'utérus sont facilement diagnostiquées si l'on parvient à sentir sur la face postérieure de l'utérus une crête médiane qui s'y trouverait ordinairement.

M. CHÉRON traite les suppurations pelviennes par des transfusions hypodermiques de sérum artificiel. (1)

M. VANDAM, de Bruxelles, termine la séance en demandant qu'à l'avenir on étudie ces questions un peu plus au point de vue médical.

M. CHARLES lui répond que le Comité organisateur du prochain Congrès tiendra nécessairement compte de ce vœu.

La séance est alors suspendue. Elle est bientôt reprise sous la

Présidence de M. KUFFERATH

qui clôture le Congrès et demande que l'on discute le règlement et la question du prochain Congrès.

M. JACOBS demande la constitution d'une Commission permanente de huit membres pris dans les différents pays et la remise de la discussion à la première séance du prochain Congrès. — Adopté.

Un membre demande la constitution d'un Comité local sans préjudice de l'existence d'un Comité international.

M. MARTIN confierait à ce Comité local l'organisation du Congrès. Cette Commission locale sera constituée par le Comité permanent international.

M. VULLET demande que ce Congrès-ci fixe le lieu du prochain dès maintenant.

Le mot international est adopté, mais les Congrès pourront siéger autre part qu'en Suisse et en Belgique.

La Commission internationale adoptée à l'unanimité est composée comme suit :

(1) Voir notre dernier numéro, p. 518.

MM. Martin pour l'Allemagne.
 Auvard pour la France.
 Powitz pour les pays Scandinaves.
 Alban Doran pour l'Angleterre.
 Vulliet pour la Suisse.
 Engelman pour les Etats-Unis.
 La Torre pour l'Italie.
 Rein pour la Russie.
 Jacobs pour la Belgique.
 Niot pour la Hollande.
 Pawlick pour l'Autriche.

Pour la question de date, M. MARTIN dit que l'on se fatigue des Congrès quand ils sont trop rapprochés et propose de les mettre de cinq à cinq ans ou, comme il a été décidé, de les laisser à trois ans ; mais dans tous les cas de ne pas, comme quelques-uns le voudraient, raccourcir le temps à deux ans.

M. RICHELOT les voudrait plus rapprochés parce qu'ils font travailler.

D'autres membres sont de l'avis de M. Martin et, finalement, il est décidé que le prochain Congrès aura lieu dans trois ans, et peu après il est décidé, à la demande de M. Vulliet, qui ne rencontre pas d'opposition, que ces nouvelles assises se tiendront à Genève.

M. KUFFMATH prononce une courte allocution pour remercier les étrangers qui emporteront un souvenir agréable, espère-t-il, de leur séjour à Bruxelles. Puis on entend de nouveau les présidents d'honneur des pays étrangers qui viennent tour à tour exprimer des remerciements et des félicitations.

Première lecture faite au Congrès international de Gynécologie de Bruxelles, 15 Septembre 1892.

NOTE SUR LES APPLICATIONS NOUVELLES DU COURANT ALTERNATIF SINUSOÏDAL EN GYNÉCOLOGIE

Par le Dr G. APOSTOLI

Le courant alternatif sinusoïdal que M. d'Arsonval a introduit dans l'Electrothérapie est utilisable en gynécologie, et voici les résultats généraux et sommaires de cette nouvelle acquisition :

En cinq mois, de mars à août 1892, 34 malades de la clinique du Dr Apostoli, comprenant 12 fibromes et 22 affections des annexes, ont été traitées par le courant alternatif. Elles ont été soignées avec le concours et l'assistance des Drs Grand et Lamarque, et au total 320 séances ont été faites.

Toutes ces malades ont été soumises à une application uniforme, un

pôle dans l'utérus sous la forme d'hystéromètre, et l'autre sur le ventre par une large plaque de terre glaise. La durée de chaque séance était de cinq minutes ; elles ont été renouvelées de deux à trois fois par semaine.

La vitesse seule des alternances a varié suivant les circonstances, ou mieux la sensibilité des malades, pour osciller entre une moyenne de 4 à 6 mille, et un maximum de 11 à 12 mille par minute.

L'appareil qu'on a utilisé est le premier modèle construit par GaiFFE qui n'est autre qu'une machine magnéto-faradique de Clark, modifiée et transformée par d'Arsonval, donnant à grande vitesse une différence maxima de potentiel de 64 volts et à vitesse moyenne, une différence de 32 volts. Cet appareil est actionné par la pédale d'une machine à coudre.

Toutes les 34 malades ont été scrupuleusement observées, et voici les conclusions générales que l'on peut dégager de cette période initiale de traitement, conclusions qui toutefois ne paraissent pas encore définitives au Dr Apostoli, en raison de l'outillage imparfait et de la durée relativement restreinte de l'expérimentation :

1° Le courant alternatif *sinusoïdal* appliqué dans la cavité intra-utérine, et dans les conditions opératoires où le Dr Apostoli s'est placé, est toujours inoffensif et bien supporté.

2° Son application n'est suivie d'aucune réaction douloureuse, ou fébrile, et s'accompagne le plus souvent, au contraire, d'une sédation manifeste.

3° Il ne paraît pas avoir d'action marquée sur le symptôme *hémorrhagie* et aurait plutôt une tendance à provoquer quelquefois sa continuité.

4° Il exerce une action très nette sur le symptôme *douleur* ; cette action s'affirme dès les premières séances, et le plus souvent immédiatement dès la fin de la séance.

5° Il combat très avantageusement, mais non constamment toutefois, la *leucorrhée* qui, le plus souvent, diminue ou disparaît.

6° Il n'a pas d'action appréciable sur l'*hydrorrhée* liée à certains fibromes.

7° Son influence sur la régression anatomique des fibromes n'est pas encore nettement établie.

8° Il active et favorise la résolution des *exsudats péri-utérins*.

En résumé, ce traitement tout récent qu'il soit, et tout incomplet qu'il paraisse encore, a toutefois donné une réponse assez nette pour qu'il soit permis de le considérer comme une heureuse conquête de la thérapeutique gynécologique. Des recherches complémentaires permettront de préciser et de fixer dans un avenir prochain les conditions opératoires les meilleures pour combattre des états pathologiques différents (hypertrophiques, infectieux, ou phlegmasiques), et il y aura lieu de faire varier dans tel ou tel cas le *nombre* — la *durée*, — le *rapprochement des séances*, et d'étudier les différences curatives

qui résulteront des variations qu'on pourra imprimer au *voltage* et à l'*intensité* du courant, ainsi qu'à la rapidité des alternances.

Les résultats acquis prouvent que le courant alternatif sinusoïdal doit prendre sa place en gynécologie à côté, *mais non encore au-dessus*, du courant faradique et galvanique.

Il est destiné à leur servir, soit d'auxiliaire actif en les complétant, soit à les suppléer et à remplir des indications personnelles et nouvelles que l'avenir établira avec plus de netteté.

C'est jusqu'à présent le médicament par excellence de la *douleur*, et, comme tel, s'il ne saurait faire table rase des applications faradiques et galvaniques qui ont fait leur preuve, c'est toutefois une arme de plus, et la *gynécologie conservatrice* ne peut qu'accepter tout ce qui tend à élargir et à fortifier son domaine.

Deuxième Lecture faite au Congrès international de Gynécologie de Bruxelles, 15 septembre 1892.

DES CONTRIBUTIONS NOUVELLES DU TRAITEMENT ÉLECTRIQUE FARADIQUE ET GALVANIQUE AU DIAGNOSTIC EN GYNÉCOLOGIE

Par le Dr G. APOSTOLI

La Gynécologie conservatrice a trouvé dans l'électricité son plus précieux et meilleur auxiliaire. La chirurgie, à son tour, est également destinée à réclamer souvent l'appui du même traitement électrique pour éclairer sa route, confirmer ou rectifier un diagnostic douteux, imposer ou même hâter dans certains cas telle opération dont la nécessité ne paraissait pas d'emblée s'imposer, et en proscrire d'autre part telle autre comme superflue, inutile, ou dangereuse.

Deux questions vitales et des plus difficiles à résoudre se posent tous les jours en gynécologie : Les annexes sont-elles malades ? Si oui, y a-t-il du pus ? ou bien quel est le degré de leur inflammation ?

C'est pour résoudre ces deux problèmes qu'on fait tous les jours des laparotomies dites exploratrices, ou des castrations que ne légitime pas constamment le processus inflammatoire réel, et c'est pour la solution de ces mêmes problèmes que je propose le concours du traitement électrique préalable.

En effet, toute laparotomie, dite exploratrice, et toute mutilation pratiquée d'emblée, soit contre des douleurs dites ovariennes rebelles, soit contre une lésion des annexes de nature douteuse, devront être, à l'avenir, ou différées, ou souvent formellement prosrites avant d'avoir épuisé toutes les ressources, soit, d'un côté, de la *sédation faradique* soit, de l'autre, de la *réaction galvanique* intra-utérine.

J'affirme que les applications intra-utérines, soit faradiques, soit galvaniques, interrogées avec sagacité et persévérance, sont destinées,

le plus souvent, à éclairer le diagnostic dans les conditions cliniques suivantes dont voici la formule résumée et synthétique :

A. — *Courant faradique.*

Il doit nous instruire sur la véritable nature des *douleurs dites ovariennes* dont il est le calmant le plus efficace et le plus rapide. Toute douleur ovarienne, en effet, est le plus souvent justiciable du *courant faradique de tension*, si l'on suit les règles et la technique opératoire que j'ai formulées, dès 1883, concernant le nombre des séances, la durée de l'application, le choix des bobines, le siège de l'intervention, etc.

Oui, toute douleur ovarienne, si elle est hystérique et rien qu'hystérique, est, sinon guérie, du moins presque toujours soulagée par le courant faradique de *tension* qui, d'ailleurs, reste à peu près impuissant contre les douleurs d'origine inflammatoire, et notamment contre celles qui sont liées aux inflammations des annexes.

Si donc, dans tel cas, le *succès curatif* nous éclaire sur le diagnostic, et nous impose une abstention opératoire ; dans tel autre, au contraire, l'*insuccès* nous montrera que la douleur a sa source profonde qui réclame soit un traitement galvanique supplémentaire, soit une intervention opératoire.

B. — *Courant galvanique.*

Appliqué dans l'utérus, il est destiné à nous renseigner sur l'état d'intégrité des annexes, leur inflammation possible — ses degrés — sur l'existence du pus — sur la nature curable, ou non, d'un processus inflammatoire en voie d'évolution. Il peut et doit nous épargner bien des méprises, avec leurs conséquences cliniques et opératoires — et éviter, par exemple, au milieu de beaucoup d'erreurs, celle qui est si fréquente et qui consiste à prendre un *fibrôme sous-péritonéal* pour une *salpingite* et réciproquement.

Deux faits, en effet, de la plus grande importance dominent toute la thérapeutique galvanique intra-utérine :

C'est d'abord la *tolérance absolue* (sauf les exceptions que je vais signaler) de l'utérus, quand sa périphérie est saine ;

C'est ensuite son *intolérance* qui grandit avec l'état d'acuité de l'inflammation de ses annexes ; ce qui confirme cliniquement, tous les jours, en premier lieu, par la tolérance variable des utérus pour une même dose galvanique, et, en second lieu, par la variation sur la même maladie de cette même tolérance galvanique suivant l'état de ses annexes ; car si tel utérus supporte tout quand sa périphérie est saine, tel autre, voit grandir son intolérance avec l'intensité de l'inflammation de ses annexes.

La sensibilité utérine au courant continu est donc, avant tout, vassale et tributaire de celle des annexes, et la réponse qu'elle donne est destinée à nous éclairer sur le degré présumé, ou non, de leur inflammation.

Ce qui démontre du reste d'une façon péremptoire, c'est la preuve

expérimentale que j'en ai acquise sur un assez grand nombre d'utérus, intolérants avant une castration qui, rendue plus tard obligatoire, a libéré à l'instant, une fois accomplie, l'utérus de son hypéresthésie galvanique, et lui a rendu une tolérance identique, ou à peu près, à celle que confère l'intégrité physiologique des annexes.

A côté de cette première source d'intolérance, la plus fréquente et la plus importante de toutes, se rangent d'autres causes, d'une importance et d'une fréquence secondaires, entre lesquelles il sera le plus souvent facile d'établir un diagnostic différentiel :

a) C'est d'abord *l'hystérie franche* avec ses réactions vives, subites, et son ensemble symptomatique qui frappe les yeux les moins clairvoyants ;

b) Ce sont ensuite les *tumeurs fibro-kystiques* de l'utérus dont la nature maligne est très probable ;

c) Ce sont encore les *phlegmasies du bassin*, y compris celles de l'intestin, qui ont une histoire symptomatique très caractéristique.

Les conséquences cliniques qui découlent de ces prémisses, très brièvement exposées sont les suivantes :

1° Tout utérus interrogé *galvaniquement* à la dose de 100 à 150 milliampères, qui n'éprouve aucune réaction opératoire, et principalement post-opératoire qui, non seulement tolère cette dose, mais même voit s'atténuer les symptômes dominants (tels que douleur ou hémorrhagie) — tout utérus, dis-je, ainsi tolérant *a toujours sa périphérie saine*, ou du moins n'a pas d'inflammation *actuelle* des annexes justiciable de la chirurgie, et réclame un traitement électrique dont le dosage galvanique ne devra être limité que par les indications cliniques à remplir. Il peut même y avoir co-existence dans ce cas d'un *kyste simple de l'ovaire* ; s'il n'y a pas inflammation des trompes, la même tolérance électrique sera conservée.

2° Tout utérus qui ne supporte pas 50 milliampères, ou qui les supporte mal, chez lequel les suites opératoires sont ou très douloureuses, ou fébriles, est un utérus dont la *périphérie est suspecte*, qu'il ne faut interroger qu'avec modération et prudence.

3° Tout utérus dont l'intolérance initiale s'atténue avec le nombre des applications, et dont l'amélioration symptomatique s'accroît et grandit avec le temps, appartient, soit à une hystérique, ou possède des annexes dont le processus inflammatoire est en voie de régression ou d'arrêt.

4° Tout utérus dont l'intolérance, au début, d'abord excessive (ne supportant pas 20 à 30 milliampères) se développe et grandit avec le nombre des séances, et s'accompagne d'une élévation de température est un utérus dont la périphérie est atteinte d'une lésion non justiciable de la gynécologie conservatrice. Ici une suspension du traitement galvanique s'impose, une fois le diagnostic ainsi élucidé, et il faut songer à une intervention opératoire qui, le plus souvent, sera une *castration* légitimée par une ovaro-salpingite, d'ordinaire supprimée.

REVUE DE LA PRESSE

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC DE LA PRÉSENCE D'UN CORPS ÉTRANGER DANS L'UTÉRUS

Par le Dr A. TANNEN (*Centralblatt für Gynaek*, n° 28, 1892.)

Bien que l'on rencontre fréquemment des corps étrangers dans le vagin et dans la vessie, on en trouve rarement dans l'utérus.

Vu sa situation élevée et vu l'étroitesse des orifices du col, la matrice ne renferme pas souvent des substances étrangères.

L'observation suivante n'est pas commune et nous permettra d'éclaircir différents points concernant le diagnostic de la présence d'un corps étranger dans la matrice.

M^{me} Sophie H... (Hanovre) se présente à la polyclinique, le 11 mai 1882. Cette femme a eu une fausse couche 4 semaines auparavant. Pour combattre une métrorrhagie rebelle, elle s'est introduite dans le vagin un tampon d'ouate au moyen d'une épingle à cheveux poussée trop loin pour pouvoir être retirée plus tard. Notons que la malade a eu une syncope.

La patiente se plaint actuellement de douleurs dans la position assise, pendant la miction et pendant la défécation.

Le médecin traitant ne parvenant pas à décélérer la présence d'un corps étranger dans l'utérus, envoie la malade à la polyclinique.

Toucher : Le col est légèrement entr'ouvert. L'utérus augmenté de volume se trouve en antéflexion. Il est impossible d'introduire les doigts dans la cavité utérine. La sonde utérine ne parvient pas à révéler la présence d'un corps étranger dans la matrice. On décide de faire le curettage utérin après avoir plongé la malade dans la narcose. Avant d'opérer, on a soin de pratiquer la dilatation du col au moyen de différents dilateurs en celluloïde. Enfin, on peut introduire dans la profondeur des organes génitaux une curette fine.

Dès le début du curettage, l'instrument rencontre un corps étranger. On retire sans difficulté une épingle à cheveux au moyen d'une pince ordinaire.

Redoutant une perforation de la matrice, nous n'avons pas fait d'injection intra-utérine après le curettage. Nous avons tamponné la matrice avec de la gaze iodoformée.

Notre opération a été couronnée de succès.

Donc, lorsque le diagnostic de la présence d'un corps étranger dans la matrice ne peut se faire au moyen de l'exploration digitale chez une patiente à l'état de veille et lorsque l'emploi de la sonde ne permet pas de poser un diagnostic précis, on doit recourir à la curette pour établir la cause du mal.

La curette présente différents avantages sur la sonde utérine, quand il s'agit d'établir le diagnostic de l'existence d'un corps étranger dans la matrice.

1° La curette rencontre plus facilement un corps étranger dans l'utérus, surtout s'il s'agit d'un objet mince comme une épingle à cheveux.

2° Le curettage enlève les caillots sanguins, les débris placentaires ou autres qui entourent le corps étranger. Après avoir parlé des avantages de la curette, il nous reste à faire quelques recommandations importantes :

Il faut toujours, dans des cas de l'espèce, faire prudemment le curettage de crainte d'enfoncer l'épingle ou autre objet dans la vessie.

Voici du reste le *modus agendi* le plus sûr.

1° L'exploration digitale s'emploie avant de recourir à la dilatation artificielle. Cette méthode est surtout utile lorsqu'on opère peu de temps après la fausse couche.

2° On sonde la matrice. Si l'on n'obtient pas de résultat, il faut recourir au procédé suivant :

3° Le curettage utérin. Cette opération se fera doucement et prudemment. On retire les corps étrangers au moyen d'une pince. Dans les cas difficiles, on peut chloroformiser la patiente.

Après l'opération, on évitera les irrigations intra-utérines et on aura soin de tamponner la matrice avec de la gaze antiseptique.

D^r H. LAMBINON.

(*Journal d'accouchements.*)

TECHNIQUE DE LA RECHERCHE DE GONOCOQUES DANS LES SUPPURATIONS BLENNORRHAGIQUES.

La présence du gonocoque de Neisser est habituellement assez facilement constatée dans les liquides d'origine blennorrhagique ; sa constatation présente un certain intérêt pratique au point de vue du

traitement, qui devra toujours être intensif lorsque la présence de ce micro-organisme aura été décelée par l'examen bactériologique.

Cette recherche peut se faire dans le pus des divers organes frappés de préférence par le gonocoque (urétrite, vaginite, conjonctivite, purulentes), et dans tous les cas, la technique est la même.

On commence par étaler le liquide à examiner sur des lamelles couvre-objet en verre mince. Pour faciliter l'étalement du pus, on procède de la façon suivante : le liquide, aussi *frais que possible*, est déposé sur une lamelle ; on emploie le volume d'une tête d'épingle du liquide à examiner ; puis aussitôt, on recouvre la gouttelette de pus avec une autre lamelle semblable, en pressant légèrement pour étaler le liquide en couche très mince.

Il est important de n'employer qu'une très petite quantité de pus si l'on veut avoir des préparations démonstratives ; il vaut mieux faire plusieurs préparations que d'en avoir une trop épaisse sur laquelle l'examen est très difficile.

Ceci fait, on sépare les deux lamelles en les faisant glisser l'une sur l'autre, et on les pose sur une feuille de papier, la surface recouverte du pus tournée en haut. On les abandonne ainsi à la *dessiccation spontanée* ; sous aucun prétexte on ne doit les chauffer.

Lorsque les lamelles sont bien sèches, ce qui arrive au bout de quelques minutes, on laisse tomber sur chacune d'elles, avec un compte-gouttes ou une pipette, une goutte du mélange suivant :

Ether à 62°.....	10 grammes.
Alcool absolu.....	5 —

On laisse de nouveau sécher *spontanément*.

La dessiccation achevée, il faut colorer la préparation de la façon suivante :

On a préparé à l'avance la solution suivante :

Fuschine cristallisée....	0,25 centigrammes.
Eau phéniquée à 2 % ..	50 grammes.
Sans alcool.	

Dans un grand verre de montre aux trois quarts plein d'eau distillée, on laisse tomber trois gouttes de la solution colorante, on mélange bien, et on y place les lamelles pendant quelques minutes.

Lorsqu'on juge la coloration suffisante, ce qu'on apprécie par l'habitude, on sort les lamelles avec une pince et on les rince à plusieurs reprises avec l'eau distillée, de façon à bien éliminer tout l'excès de

couleur. On place les lamelles sur une feuille de papier filtre, la face colorée en dessus. Jamais on ne doit, sous aucun prétexte, passer les lamelles une fois colorées dans l'alcool, car ce réactif décolore infailliblement les gonocoques.

Il faut attendre la dessiccation spontanée qui se fait habituellement en un quart d'heure. Une fois la dessiccation achevée, on met sur une lame porte-objet une goutte de baume de Canada dissous dans le xylol et on y place les lamelles colorées, en ayant soin de mettre la partie couverte de pus en contact avec le baume.

La préparation est terminée, et par ce procédé, elle se conserve indéfiniment. L'examen peut être fait, soit immédiatement, soit ultérieurement à tête reposée.

(*Le Progrès thérapeutique.*)

UNE CAUSE RARE DE FISTULE VÉSICO-VAGINALE,

Par J. MERTENS, in *J. f. Geburtshilfe u. Gynækologie*. (Band XXIV).

La patiente est âgée de 32 ans : elle accoucha quatre fois sans encombre ; mais le 5^e accouchement fut particulièrement pénible et laborieux. Les deux accoucheurs qui assistèrent à cette délivrance, déclarent avoir trouvé le vagin complètement fermé par une membrane solide et extensible ; derrière celle-ci, ils avaient nettement senti la tête du fœtus. Ils jugèrent bon d'inciser cette prétendue membrane et aussitôt fait, il s'échappa par la plaie de l'urine, malgré le cathétérisme préalable. Trois jours après la délivrance, l'urine s'écoula goutte par goutte par le vagin, écoulement qui n'avait cessé un moment jusqu'à ce jour.

Dans la paroi antérieure du vagin, il existe une ouverture de la grandeur d'une pièce d'un franc : elle donne accès dans la vessie, petite et revenue sur elle-même. La muqueuse vésicale fait hernie dans le vagin à travers la fistule. Le conduit vaginal se termine en cul-de-sac : il ne mesure que 3 cent. 1/2 ; d'où impossibilité de toucher par le vagin les annexes. Pas de portion vaginale de la matrice perceptible par ce toucher.

Par le rectum, tous les organes du petit bassin sont nettement perceptibles : l'utérus est en antéversion ; une tumeur grosse comme un poing adhère solidement à la face postérieure de la matrice.

L'examen combiné par le vagin et le rectum montre que la por-

tion vaginale du col est très petite, très mince, et qu'elle siège immédiatement derrière la terminaison en cul-de-sac du vagin.

A l'examen au spéculum, il est possible de glisser une sonde dans une petite fistule qui siège au bord postérieur de l'ouverture vésicale ; la sonde remonte à travers ce canal fistuleux et pénètre dans l'utérus. Un centimètre et demi plus en arrière on découvre une partie de la paroi vaginale, rétractée et infundibuliforme ; impossible de glisser la sonde dans quelque ouverture et pourtant c'est là l'orifice du col ; l'examen par le rectum et le vagin le démontre à l'évidence.

Comment tout cet état de chose avait-il pu se produire ? Pareille solution n'était pas facile ; les deux médecins traitants ne purent donner aucune explication satisfaisante. M. le professeur Ahlfeld parvint à démontrer la cause de tout ce délabrement, malgré toutes les difficultés qui entouraient ce problème. Durant la grossesse et l'accouchement, le promontoire avait opposé un obstacle infranchissable à la descente de la tumeur ; ce fibrome, solidement adhérent à la paroi postérieure de la matrice, très voisin du col empêcha à son tour la descente de la paroi postérieure du col. Toutes les forces d'expulsion, au moment de l'accouchement, ne se concentrèrent plus sur l'ouverture du col, mais bien sur sa paroi antérieure. Celle-ci subit par ce fait une distension et un allongement énorme. Cette paroi, poussée en bas par la tête du fœtus, entraîna dans ce mouvement de descente une portion de la vessie. Mais, malgré tout, la lèvre antérieure de l'orifice utérin serait également descendue par ce mécanisme et aurait ouvert le col, si nous n'avions pas eu devant nous un cas de conglutination des lèvres de l'orifice avec rigidité du col. Cet orifice externe se trouvait donc du côté du promontoire au moment du travail.

A ce même moment, le conduit vaginal avait une longueur démesurée, grâce à la hernie de la paroi antérieure du col dans sa lumière. Les deux médecins consultés affirment avoir constaté l'adhérence intime entre les deux parois vaginales. De membrane, il n'en a point existé ; la tête du fœtus accolait fortement les deux parois l'une contre l'autre.

L'incision avait donc produit une fistule vésico-vaginale ; mais, de plus, elle avait intéressé la paroi antérieure du col : le trajet fistuleux, situé au bord postérieur de l'ouverture vésicale, faisant com-

muniquer la vessie, le vagin et l'utérus entr'eux par son intermédiaire, le témoigne à l'évidence.

(*Journal d'Accouchements*).

HÉMORRHAGIE OMBILICALE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ,

par le docteur LUGEOL.

M. le docteur Lugeol étudie dans un travail publié par le *Journal de médecine de Bordeaux* et basé sur cinq observations personnelles, certaines particularités de ces hémorrhagies et arrive à une conclusion un peu différente au point de vue du traitement de celles indiquées par M. Luyt.

Dans ce travail M. Lugeol n'a en vue que les hémorrhagies qui se produisent plusieurs jours après la naissance, généralement au moment où le cordon se détache, quelquefois avant, très rarement plus tard.

Jusqu'à ce moment rien n'indique l'imminence de cet accident. A une époque variable, on s'aperçoit en déshabillant l'enfant que les langes sont plus ou moins imbibés de sang ; le ventre est couvert de caillots, et quand on les enlève, on voit que le point de départ de l'hémorrhagie est l'ombilic. Le sang s'écoule habituellement en nappe ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on a observé un jet saccadé, bien que le sang provienne le plus souvent des artères ombilicales seules.

Elle peut être rapidement mortelle, c'est l'exception ; le plus souvent c'est par sa répétition, sa continuité qu'elle amène la mort ; dans quelques observations la maladie a duré plusieurs jours, un mois même. Quelque léger que soit l'écoulement de sang qui se fait par l'ombilic, il mérite une surveillance attentive ; il peut facilement devenir considérable et causer la mort du petit malade.

La cause de ces hémorrhagies dans ces différents cas paraît avoir résidé dans le mauvais état de la mère et l'alcoolisme du père.

Sur ces cinq cas, trois fois l'enfant a succombé. Le meilleur traitement est la ligature en masse préconisée par Paul Dubois.

Cette ligature réussira d'autant plus sûrement qu'elle sera faite plus tôt après l'apparition de l'hémorrhagie ; elle pourra échouer si l'enfant présente de l'ictère, des hémorrhagies par d'autres organes ou bien est issu de parents hémophyliques ou alcooliques.

Les traités d'accouchements sont habituellement muets sur ce point.

Seul, Chailly Honoré parle de ces hémorragies qui peuvent se faire peu de temps après la chute physiologique du cordon ; il signale la possibilité de cet accident chez les enfants faibles, dont les parents présentent une disposition aux hémorragies. Après avoir signalé l'emploi des poudres astringentes, de la compression, du collodion, de la cautérisation, il indique les trois modes de ligatures : ligature immédiate, c'est-à-dire sur les vaisseaux ombilicaux préalablement disséqués ; ligature du tubercule ombilical : ligature en masse par le procédé du professeur Dubois. C'est à ce dernier mode de ligature qu'il donne la préférence.

Dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, Depaul a traité le sujet tout au long. Après avoir passé en revue les différents moyens employés par les différents auteurs, il donne la préférence à la compression.

(*Journal de méd. et de chir. prat.*, 1892, n° 15.)

GROSSESSE TUBAIRE DOUBLE

Dernièrement, M. le Dr WATER a présenté la relation d'un cas de grossesse tubaire double ; c'était chez une femme de 29 ans qui fut admise à l'hôpital le 7 août 1891 ; elle avait déjà eu cinq grossesses, la dernière remontait à quatre ans. Cette femme avait eu ses règles en juillet, mais en mai et juin elle n'avait rien vu et pendant ces deux mois, elle s'était plainte de malaises, d'envies de vomir, de pesanteur au niveau des seins et de douleurs abdominales violentes pendant la défécation.

Au moment de l'entrée à l'hôpital l'utérus paraissait normal ; on sentait par contre dans le ligament large du côté gauche une tumeur ayant le volume d'une orange et très douloureuse au toucher. Il n'y avait à droite aucune tuméfaction. Après un repos de quelques semaines, la malade retourna chez elle et se fit admettre à nouveau à l'hôpital en décembre 1891.

Les douleurs abdominales avaient disparu, les règles étaient devenues régulières, mais on constatait toujours les mêmes modifications péri-utérines. La malade toussant beaucoup à ce moment, on rejeta à plus tard une intervention chirurgicale ; celle-ci fut faite en février 1892. Entrée le 19 février, la malade avait ses règles depuis deux jours ; celles-ci avaient manqué en janvier et pendant les six

ou huit semaines durant lesquelles l'aménorrhée exista (15 décembre-15 février) ; la malade accusa du malaise et des envies de vomir.

Un examen pratiqué le 21 février, après la disparition des règles, montra que la tumeur du ligament large gauche existait avec les mêmes caractères et que, de plus, il y avait une tumeur analogue du côté droit. L'opération fut fixée au 26 février. Le 25, on donna un purgatif ; la malade fut prise à onze heures du soir d'une violente douleur abdominale qui disparut assez vite, mais il persista à la suite un peu de sensibilité de l'abdomen ; les signes physiques péri-utérins n'avaient pas été modifiés.

On pratiqua la laparotomie le lendemain ; on trouva des caillots de sang en assez grande quantité dans l'abdomen. Les deux trompes étaient volumineuses, distendues par du sang et adhérentes aux parties voisines. Elles furent enlevées en même temps que l'ovaire droit, et la cavité abdominale, après avoir été bien nettoyée, fut fermée et drainée à l'aide d'un tube de verre.

La guérison fut rapidement complète et la malade quitta l'hôpital le 26 mars.

L'examen des trompes et de leur contenu démontra qu'il s'agissait d'une grossesse tubaire double. Les cas de ce genre ne sont pas fréquents. Rowan en a rapporté un dans l'*Australian medical journal*, 1890, p. 265, Doran en a publié un dans le *British medical journal*, 1891, vol. II, p. 789, Savage un troisième dans le même journal, 1892, vol. I, p. 556, enfin Mackenrodt en a rapporté un quatrième tout récemment (*Zeitschrift für Geburt. u. Gyn.*, Bd XXIII Hef. 1. et *Bull. méd.*)

PERFORATION DE LA VESSIE ET DU RECTUM PAR DES PESSAIRES

M. FRANK, assistant du prof. Albert, rapporte les deux cas suivants qui témoignent des dangers des pessaires abandonnés dans le vagin.

Une femme de 66 ans était atteinte depuis longtemps d'un prolapsus utérin considérable. L'utérus, disait-elle, lui tombait jusqu'aux genoux. Un pessaire annulaire s'étant montré insuffisant, une sage-femme lui fit porter un pessaire à ailerons du genre de ceux de Zwang ou de Schilling. Cet instrument maintint bien le prolapsus ; pendant deux ans, il fut fréquemment retiré pour être nettoyé. Mais un jour la tige se brisa et le pessaire fut laissé en place. Douze ans plus tard, la malade vint se plaindre qu'elle perdait des urines par le vagin. On

fit l'extraction du pessaire incrusté de phosphates. Le vagin était plein de pus et l'on constata l'existence d'une fistule vésico-vaginale. Le prolapsus ne se reproduisit pas, et comme la majeure partie des urines s'écoulait par l'urètre, la malade quitta l'hôpital sans vouloir être opérée de sa fistule.

L'autre cas est celui d'une femme qui portait un pessaire annulaire de 7 centimètres de diamètre de 2 cent. 1/2 d'épaisseur. Depuis plusieurs années il n'avait jamais été retiré du vagin. Il s'était aussi incrusté de phosphate et avait largement perforé le rectum. Quand on eut extrait ce pessaire, la fistule rectale se rétrécit rapidement d'elle-même et la malade ne revint plus à l'hôpital et fut perdue de vue. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 27, p. 1100 et 1101 et *Bull. méd.*)

APPAREIL DESTINÉ A FACILITER L'EXTIRPATION DES TUMEURS ABDOMINALES ET PARTICULIÈREMENT CELLES DES FIBROMES ; OBSERVATION,

Par M. AUG. REVERDIN. (*Revue médicale de la Suisse romande*, n° 7, 20 juillet 1892, p. 487.)

Parmi les causes qui contribuent à rendre particulièrement pénible l'extirpation des tumeurs abdominales, il faut sans contredit placer au premier rang leur volume et leur poids parfois excessifs, dans le but de soulager le malheureux assistant qui sue généralement sang et eau pour soutenir à bout de bras un poids bientôt trop lourd pour lui et qui prend d'autant plus de place que ses forces s'épuisent au détriment de son adresse. M. Reverdin a eu l'idée de se servir d'une pince de Museux manœuvrée à l'aide d'une corde passant dans une boucle fixée au plafond de la salle d'opération.

A l'extrémité de la corde, dit le chirurgien suisse, est liée une chaîne d'un mètre de long, se divisant en deux chaînettes terminées, elles aussi par des crochets. Cet appareil se manie de la façon suivante : la tumeur étant largement saisie par la pince de Museux on adapte les crochets des chaînettes aux anneaux de la pince, puis on tire sur la corde. La boucle du plafond sert de poulie et graduellement la tumeur s'élève. On peut aisément, cela va sans dire, faire varier les tractions non seulement comme force, mais aussi comme direction, comme force cela est aisé à comprendre, quant à la direction il suffit, pour la modifier, d'accrocher la chaîne avec le crochet dont est munie la corde. En tirant alors à droite ou à gauche, en avant ou

en arrière un aide peut aisément obtenir que la tumeur s'incline dans l'une quelconque de ces directions au gré de l'opérateur.

Un aide est à peine nécessaire et il n'a pas besoin d'être tout à côté de l'opérateur.

Cette manière de conduire la tumeur deci delà, au fur et à mesure des besoins permet d'atteindre les résistances jusqu'alors cachées, de lier aisément les adhérences souvent si puissantes qui brident la tumeur, en un mot de n'être plus embarrassé par la masse de cette dernière.

C. A.

FIBROME SIMULANT UN RECTOCÈLE

Par M. NETZEL.

Ce cas fort rare était celui d'une femme de 45 ans, et sans enfant, qui depuis cinq années portait une tumeur vulvaire. (*Hygera*, 1892, n° 2).

Cette tumeur avait l'aspect d'un rectocèle ou bien d'un prolapsus vaginal et occupait la commissure postérieure du vagin. Quoique mal limitée, elle fut enlevée par le procédé opératoire suivant : 1° dissection d'un lambeau triangulaire de la muqueuse vaginale, à base répondant à la bague de séparation de la peau et de la muqueuse vulvaire ; 2° énucléation facile de la tumeur ; 3° occlusion de la cavité ainsi formée ; guérison.

Cette tumeur, qui mesurait en tous sens un diamètre de trente centimètres, était constituée par des tissus connectifs et des vaisseaux. Elle ne contenait point de fibres musculaires lisses.

DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA GROSSESSE

Par M. DICKINSON.

L'auteur prétend que ce diagnostic est possible par l'exploration bimanuelle entre la seconde et la sixième semaine qui suit la fécondation ou dans les cinq jours du mois qui suit la dernière menstruation (*New-York Journal of Gynæk. and Obst.*, juin 1892).

Le gonflement des parois du corps utérin serait, écrit-il, un signe constant de grossesse du seizième au vingt-huitième jour après la fécondation. Il est plus apparent en avant, mais on peut le constater aussi en arrière quand il existe de la rétrocession. L'élasticité ou la résistance du corps utérin sont plus faciles à reconnaître que le bal-

lonnement ; mais elles varient. Le signe de Hegar (compressibilité du segment inférieur de l'utérus) est également inconstant. M. Dickinson l'a rencontré dans 66 cas sur 100 vers le vingt-quatrième jour après la fécondation ; mais souvent il demeurait obscur pendant plus longtemps et il ne le constatait que du quarantième au cinquantième jour.

Au demeurant, malgré leur inconstance, ces signes ont une valeur non pas absolue, mais relative. Il est utile de les rechercher. (*Rev. gén. de clin. et de Thérap.*)

FAITS A L'APPUI DE LA NATURE MICROBIENNE DE L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

MM. Combemale et Bué (de Lille) rapportent quatre cas dans lesquels l'ensemencement méthodique du sang a montré chaque fois qu'on pouvait attribuer à l'éclampsie puerpérale une origine microbienne.

Il s'agit de quatre parturientes chez lesquelles, pendant la grossesse, s'étaient présentés des signes tels que : albuminurie, oedème des jambes, troubles de la vue, et qui, l'une pendant le travail, les trois autres après le travail, eurent des attaques d'éclampsie.

Dans chaque cas, l'examen bactériologique du sang permit de constater la présence, soit du staphylocoque doré, staphylocoque blanc et doré.

DE L'EUPHORINE EN GYNÉCOLOGIE

Par M. BERGERIO.

Les essais de l'auteur portent sur vingt cas d'ulcérations du col de l'utérus. La guérison en fut obtenue après cinq ou six pansements. (*Gaz. degli. Osp.*, 7 avril 1892).

Il employait le médicament sous la forme pulvérulente ou bien en solutions alcooliques titrées à 1 ou 3 pour cent. De plus, dans quelques cas, il pratiqua le curettage. Simultanément, on ne fit pas usage d'un autre topique que l'eau stérilisée. S. N.

BIBLIOGRAPHIE

- I. **De l'élytrotomie interligamentaire**, par le D^r BOISLEUX. Paris, 1892. (Sera analysé.)
- II. **Tension de la vapeur d'eau et maladies à frigore**, par le D^r CHIAÏS. Communication faite au Congrès de Marseille, 1891.

- III. **Du diagnostic rapide de la syphilis dans la détermination des indications opératoires**, par le D^r Louis JULLIEN, chirurgien de Saint-Lazare.
- IV. **Recherches expérimentales sur le chancre mou**, par le D^r L. JULLIEN. (Extrait des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, mai 1892.)
- V. **Fole**, par le D^r Paul SEGOND, chirurgien des hôpitaux, professeur de la Faculté de Paris.
- VI. **Troubles nutritifs chez les artério-scléreux, leur traitement, indications que remplit l'eau d'Evian**, par le D^r F. CHAÏLS.
- VII. **La cure salée et ses principaux adjuvants**, par le D^r Hermann KELLER. Paris. 1892.
- VIII. **Hysteria major. Guérison par l'or**, par le D^r MORICOURT. (Extrait de la *Gazette des hôpitaux*.) Paris, 1892.
- IX. **Ueber alimentäre Oxalurie**, von D^r M. ABELES. (*Wiener klin. Woch.*, 1892.)
- X. **Le traitement efficace de la diarrhée et du choléra**, par le D^r John CHAPMAN.
- XI. **Résumé d'une communication sur l'origine nerveuse des maladies et de leur traitement efficace par l'action directe sur le système nerveux, faite à l'Académie de Médecine de Paris**, par le D^r John CHAPMAN.
- XII. **Disques fixateurs en caoutchouc avec collerette pour maintenir les laminaires et les crayons médicamenteux dans la cavité utérine**, par J. COURTIN, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux. Bordeaux, 1892.
- XIII. **Nuovo contributo allo studio dell' Istito in ginecologia dell Dott Romolo Polacco**. (Extrait des *Annali di Ostetricia et Ginecologia*, août 1892.)
- XIV. **Frammenti di ostetricia**, par le D^r LA TORRE. Milan, 1892.
- XV. Dott F. VILLA. **Un caso d'acondroplasia o del così detto rachitismo micromelico**. Milan, 1891.
- XVI. **L'analisi qualitativa nell' albuminuria puerperale**, pel Dott F. VILLA. Milan, 1892.
- XVII. **Quelques mots de la médecine au moyen âge d'après le speculum majus de Vincent de Beauvais (XIII^e siècle)**, par Alexis RIEUNIER. Paris, 1892.

LIBRAIRIE RUEFF et Cie, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris.

Bibliothèque médicale, publiée sous la direction de MM. les professeurs CHARCOT et DEBOVE, volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée.

Prix..... 3 fr. 50

DERNIERS VOLUMES PARUS :

Les Poisons bactériens, par N. GAMALEÏA.

La Diphthérie, par H. BOURGES.

Les Troubles de la marche dans les maladies nerveuses, par Paul BLOCQ.

Notions de pharmacie nécessaires au médecin, par G. YVON, 2 vol.

Le Pneumothorax, par L. GALLIARD.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

145. — Des galactogènes. (Mlle GRINIEWITCH.) — Mlle Griniewitch a consacré sa thèse à une étude complète des principaux moyens proposés pour faire reparaître ou augmenter la sécrétion lactée. Comme cette question est d'une pratique journalière, il nous a paru utile de résumer assez longuement cette thèse :

Les galactogènes réels sont des moyens qui exagèrent la sécrétion lactée sans amoindrir en rien la richesse du lait.

Après avoir rappelé que la succion, le trayage, le massage de la mamelle sont de bons moyens galactogènes, l'auteur entre dans l'étude des agents qu'elle a elle-même étudiés et qui lui ont donné les résultats suivants :

L'électricité, le galega, l'ortie brûlante, l'anis, le cumin et le fenouil exercent certainement sur la sécrétion lactée, tant chez la femme que chez la vache, une action qu'il est permis de qualifier de galactogène. Chez les femmes, l'auteur a toujours constaté une augmentation de la sécrétion lactée, coïncidant avec l'administration de ces substances.

En augmentant la quantité de lait sécrété, les agents galactogènes ci-dessus ne nuisent pas à sa qualité.

En effet, la densité du lait de femme obtenu dans ces circonstances est normale. La quantité de beurre a plutôt augmenté.

Une autre preuve que ces galactogènes ne nuisent pas à la qualité du lait, c'est l'état des enfants allaités par les femmes chez lesquelles on les employait. Parmi les douze enfants nourris dans ces conditions, il n'en est pas un seul qui ait paru souffrir du lait qu'il tétait ; bien plus, loin de constater le moindre trouble dans la santé de ces enfants, on a relevé chez tous ceux dont la santé était dérangée une sérieuse amélioration.

La santé des femmes soumises au traitement galactogène n'a pas été moins satisfaisante que celle des enfants. Aucune de ces femmes n'a paru éprouver de trouble ou d'affaiblissement par le fait du traitement.

Voici maintenant parmi les galactogènes ceux qui ont donné les meilleurs résultats à Mlle Griniewitch.

Le *galega* lui a semblé la substance la plus active. Viennent ensuite, *l'ortie brûlante*, *le cumin*, *l'anis* et *le fenouil*.

Voici sous quelle forme et à quelle dose ces médicaments doivent être employés :

1° *Galega*.

a) teinture :

Extrait de <i>galega</i>	65 gr.
Alcool à 60°.....	1000 gr.

à faire prendre de 250 à 500 gouttes par jour, diviser en doses de 50 à 100 gouttes.

b) sirop :

Extrait de <i>galega</i>	50 gr.
Sirop simple.....	1000 gr.

de quatre à cinq cuillerées à soupe par jour.

c) pilules :

Extrait de <i>galega</i>	0 gr. 25
Excipient.....	Q. S.

pour une pilule ; de une à quatre pilules par jour.

2° *Ortie*.

a) teinture :

Extrait d' <i>ortie</i>	200 gr.
Alcool à 60°.....	1000 gr.

de 250 à 500 gouttes par jour.

b) sirop :

Extrait d' <i>ortie</i>	200 gr.
Sirop simple.....	1000 gr.

de quatre à cinq cuillerées par jour.

Poudre de cumin, d'anis ou de fenouil, de 1 à 5 grammes par jour, par dose de 1 gramme.

(*Bull. Médical.*)

146. — Le traitement de la salpingo-ovarite par la compression intermittente. — On sait combien la salpingo-

ovarite, si fréquente chez la femme, résiste à tous nos moyens de traitement médical. En effet, on réussit bien à amender les phénomènes inflammatoires, à transformer plus ou moins rapidement la forme aiguë de l'affection en une forme subaiguë, puis chronique, mais c'est à cela que se bornent très souvent les résultats obtenus. Une salpingo-ovarite devenue chronique peut s'éterniser, quoi qu'on fasse, de sorte qu'on se voit obligé de recourir finalement à la laparotomie.

Dans ces conditions, il serait précieux d'avoir à sa disposition un moyen de traitement non chirurgical qui fût efficace contre la salpingo-ovarite arrivée à la période chronique ou subaiguë. Or, d'après M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, ce moyen serait la compression intermittente qui, comme nous le verrons tout à l'heure, a donné à notre confrère d'excellents résultats dans deux cas où elle a été employée.

Grâce à l'obligeance de M. Auvard, nous avons pu examiner, à sa clinique, une des deux malades, voir appliquer chez elle le traitement en question et en suivre les effets. En outre, M. Auvard a bien voulu nous communiquer sa seconde observation.

La première malade, celle que nous avons observée, une multipare de vingt-six ans, fut prise de salpingo-ovarite à la suite d'un accouchement normal, mais suivi d'hémorrhagie abondante. Dans le ligament large, du côté droit, on pouvait constater une tumeur très sensible, du volume d'un œuf de poule, ayant la forme et la configuration habituelles de la salpingo-ovarite. La région ovarienne gauche était aussi légèrement sensible, mais ne présentait pas de tuméfaction bien nette. Le traitement par la révulsion ayant échoué, M. Auvard proposa la laparotomie. Cependant, comme la malade témoignait le désir d'essayer encore quelque moyen de traitement non chirurgical avant de se décider à l'opération, notre confrère eut l'idée de pratiquer chez elle une compression intermittente de la région atteinte.

La compression fut exercée au moyen d'un sac rempli de petit plomb de chasse (cendrée) appliqué sur la région hypogastrique, au niveau de l'ovaire, ainsi qu'à l'aide d'un pessaire à air de Gariel introduit simultanément dans le vagin. Le poids du sac était de 750 grammes au début ; dans la suite il fut augmenté progressivement jusqu'à 1,500 grammes. La compression, exercée matin et soir pendant deux à trois heures, était bien supportée, quoiqu'elle devint assez pénible

pour la malade vers la fin de chaque séance. Outre la compression, on administrait encore des douches vaginales chaudes et des lavements froids.

Dès le lendemain du jour où ce traitement fut commencé, l'amélioration était déjà très manifeste. La région ovarienne droite, siège principal de l'affection, était devenue beaucoup moins douloureuse. Par contre, les douleurs avaient un peu augmenté à gauche, ce qui nécessita également l'application d'un sac de plomb de ce côté.

L'amélioration progressait rapidement, de sorte que dix jours après le début du traitement on put constater la disparition complète de la tuméfaction diffuse qui existait antérieurement dans le ligament large du côté droit. A sa place, on sentait nettement l'ovaire encore légèrement sensible et un peu plus gros qu'à l'état normal. A la région ovarienne gauche, il n'existait maintenant aucune sensibilité douloureuse.

Actuellement, après trois semaines de traitement par la compression intermittente quotidienne, la malade peut être considérée comme complètement guérie.

Dans le second cas qui nous a été communiqué par M. Auvard, il s'agissait d'une multipare de trente ans, qui, il y a deux ans, à la suite d'une exploration intra-utérine, fut atteinte de salpingo-ovarite droite d'abord aiguë, puis subaiguë et enfin chronique. Avant de procéder à la laparotomie qui paraissait s'imposer, M. Auvard voulut aussi tenter dans ce cas le traitement par la compression.

Tous les jours, pendant une heure à une heure et demie, on appliquait sur la région ovarienne droite un sac de plomb du poids de 1 kilo et on introduisait en même temps dans le vagin un pessaire à air de Gariel. A l'examen de la malade pratiqué après quinze jours de ce traitement (interrompu pendant cinq jours par une crise de colique hépatique), on constata les signes suivants : le ligament large du côté droit, très douloureux auparavant, est presque indolore ; à la place de l'ancienne tumeur, grosse comme un œuf de poule, dont il était le siège, on sent nettement la trompe qui a le volume d'un porte-plume à sa partie moyenne ; à l'extrémité de la trompe on trouve l'ovaire dont le volume est à peu près le double de ce qu'il est à l'état normal. La malade n'éprouve plus aucune douleur dans l'abdomen ; elle est très satisfaite du traitement qu'elle continue encore.

La compression intermittente ayant, comme nous l'avons vu, réussi dans les deux cas de salpingo-ovarite dans lesquels M. Auvard

l'a appliquée, ce traitement mérite de fixer l'attention des praticiens.

D^r VLADIMIR DE HOLSTEIN.

(*La Sem. méd.*)

* * *

147. — Traitement des hémorrhagies de la délivrance. — M. HERMAN a fait une communication, dans la *Section d'obstétrique*, sur les hémorrhagies de la délivrance (1). En voici les parties essentielles :

Afin d'éviter la production de l'hémorrhagie, il ne faut pas pratiquer la délivrance quand l'utérus est inerte. Quand elle s'est produite, le meilleur moyen de l'arrêter est la compression de l'aorte à travers la paroi abdominale. Si malgré cela elle persiste, il faut introduire la main dans la cavité utérine afin de s'assurer si elle est bien vide, puis faire des injections intra-utérines avec de l'eau très chaude. En dernier ressort, en cas d'insuccès des moyens précédents, il faut exercer sur l'utérus une compression bi-manuelle.

Certains auteurs ont recommandé des injections de perchlorure de fer, M. Herman ne les conseille pas, elles ne réussissent pas toujours et d'ailleurs elles ne sont pas sans dangers ; elles ont le grand inconvénient de produire dans l'utérus l'accumulation de caillots de sang.

On a proposé encore le tamponnement intra-utérin ; les résultats qu'il donne ne sont pas meilleurs que ceux donnés par la compression et les injections chaudes. Par contre, il a l'inconvénient de favoriser l'entrée de l'air dans les veines et d'empêcher l'utérus de se contracter librement et de revenir sur lui-même.

M. JOHN BYERS rappelle qu'on a accusé le chloroforme de faciliter les hémorrhagies au moment de la délivrance ; c'est là une erreur et il est probable que si des hémorrhagies post-partum se sont produites chez des femmes anesthésiées, c'est que les précautions qu'on doit prendre pour faire la délivrance avaient été négligées. M. Byers s'est souvent servi du chloroforme, il n'a jamais eu à s'en plaindre.

M. WALTER a essayé bien souvent les injections d'eau chaude pour arrêter les hémorrhagies utérines ; efficaces dans certains cas, elles ont complètement échoué dans d'autres. Cela tient sans doute à ce que la température de l'eau n'était pas la même. Il ne faut pas oublier, en effet, comme l'ont prouvé les expériences de Max Rünge chez les

(1) Congrès de l'Association médicale britannique.

animaux, que si l'eau chaude de 44°5 à 46° amène des contractions utérines, celles-ci ne se manifestent plus si l'eau employée pour les injections atteint 49°. Si l'eau chaude seule ne produit pas de résultats, on peut y ajouter du vinaigre à parties égales ; M. Walter a réussi souvent par ce moyen à produire des contractions utérines énergiques et durables.

L'électricité peut également être très utile. Quant au tamponnement intra-utérin, il ne faut le faire qu'après les avortements, quand l'utérus n'a pas encore acquis un volume considérable. M. Walter l'a vu échouer dans un cas d'hémorrhagie survenue chez une femme à terme.

M. CULLINGWORTH estime que la première chose à faire, en présence d'une hémorrhagie de la délivrance, est de comprimer l'utérus à travers la paroi abdominale. Si les contractions ne se montrent pas, on introduira la main dans la cavité utérine et l'on exercera ainsi une compression bi-manuelle. L'hémorrhagie persiste-t-elle, il faut recourir aux injections d'eau chaude ; toute la cavité utérine doit être baignée par l'eau.

Il est bien rare qu'avec ces moyens on n'arrive pas à arrêter une hémorrhagie et qu'on ait besoin d'avoir recours au tamponnement intra-utérin ou à l'attouchement de la cavité utérine par une solution de perchlorure de fer.

Comme M. Byers, M. Cullingworth pense que le chloroforme est incapable de produire des hémorrhagies.

M. ROBERT BARNES emploie la pression utérine, les injections chaudes, les attouchements au perchlorure de fer et l'ergotine.

M. WILLIAM DONOVAN n'a jamais rencontré un seul cas d'hémorrhagie post-partum véritablement grave et, suivant lui, l'hémorrhagie ne se manifeste que lorsque l'utérus a été maltraité. Ce qui facilite encore l'hémorrhagie, c'est lorsqu'on laisse l'utérus se contracter sur un fœtus qui n'avance pas. Aussi, quand la tête reste fixée à la même place pendant une demi-heure, malgré des contractions utérines régulières et suffisamment énergiques, M. Donovan n'hésite pas à appliquer les forceps et à dégager la tête. Il laisse ensuite à l'utérus, qui continue à se contracter, le soin d'expulser le tronc et les jambes. Après la sortie de l'enfant ainsi facilitée, il est exceptionnel de voir se manifester de l'inertie utérine, apparaît une hémorrhagie et le placenta ne pas être expulsé. L'expression utérine, que certains auteurs recommandent, n'est pas acceptée par M. Donovan, qui l'accuse de faciliter les hémorrhagies.

M. STANMORE BISHOP estime que le meilleur moyen d'arrêter une hémorrhagie utérine abondante est de comprimer l'aorte avec une main pendant qu'avec l'autre on exerce une pression sur l'utérus. En agissant ainsi, le sang s'arrête de couler et l'on a le temps d'appliquer, si on le juge nécessaire, un traitement hémostatique local.

(*Bull. méd.*)

148. — Traitement des vomissements graves de la grossesse, par le docteur ROUTH. — M. Routh divise les divers traitements qui ont été employés pour combattre les vomissements graves de la grossesse, en quatre classes :

1° Les traitements qui tendent à modifier l'état général de la patiente et à abaisser l'excitabilité du centre cérébral de la vomiturition ;

2° Ceux qui diminuent l'irritabilité de la muqueuse stomacale ;

3° Le traitement pelvien, variant selon l'opinion du médecin et les conditions existantes.

Les remèdes thérapeutiques tels que les alcalins, l'aconit, la salicine, l'acétate de plomb, le calomel, le salol, le phénol, les bromures, etc., peuvent soulager dans certains cas, mais non guérir.

Les médicaments les plus dignes de confiance sont la cocaïne, la teinture d'iode et le menthol, que Routh a trouvés très utiles dans les formes non graves de vomissements.

Les moyens accessoires, tels que les vessies de glace ou les applications chaudes sur la colonne vertébrale, les cataplasmes et les vésicatoires sur l'estomac et le foie, les pulvérisations d'éther sur l'épigastre, les badigeonnages du pharynx à la cocaïne, ont été justement recommandés par un grand nombre de praticiens.

L'abstention de tout rapport sexuel serait, d'après Higgins, à conseiller dans tous les cas de vomissement.

Le traitement médical et tous les moyens accessoires ayant souvent échoué, il est naturel que l'on ait cherché la cause de ces vomissements du côté du pelvis. Ainsi, un observateur croyant à une constriction du col, due à une position vicieuse, relèvera l'utérus ; un autre dilatera le col, croyant à une contraction spasmodique ou congestive ; un troisième fera une application de cocaïne pour diminuer l'hyperesthésie, qui semble être la cause du mal.

Ces différentes manières de traiter suivant le diagnostic de la cause,

amènent parfois de bons résultats, mais ceux-ci ne sont pas constants.

Le procédé de dilatation du col, trouvé accidentellement par Cope-man en 1375, en voulant provoquer un avortement pour vomissements incoercibles, n'est pas à conseiller, bien que la dilatation n'amène pas fatalement l'élimination du produit de la conception.

* * *

149. — Des indications de l'emploi de la méthode de Thure-Brandt, par M. O. NISSEN. — Après dix-sept années de pratique chirurgicale, j'ai pu me convaincre que les déplacements de l'utérus ne donnent lieu à aucune symptomatologie bien déterminée : voilà pourquoi, depuis sept ans environ, j'ai renoncé à les traiter par le procédé de Thure-Brandt. Toutefois, je fais une exception pour les antéflexions que je désignerai sous le nom d'*antéflexions rigides*, que l'on peut bien corriger par la pression bimanuelle, mais dans lesquelles l'utérus revient aussitôt à sa situation primitive.

Pour ma part, je considère qu'il ne s'agit pas là d'une flexion de l'utérus par déplacement antérieur, mais bien d'un vice de conformation de l'organe. En effet, la flexion est arciforme ; il n'existe pas de sillon transversal antérieur, et la musculature de la matrice est intacte. Chez ces malades, la dysménorrhée est causée moins par l'étroitesse du canal cervical que par la rigidité de l'orifice interne. On se rend bien compte de cette rigidité lorsqu'on sectionne le col utérin : les tissus crient sous le bistouri, comme le ferait du cartilage. Bien que je reconnaisse que cette variété de déplacement soit justiciable d'un traitement, je n'emploie jamais le massage dans ce but, parce que je suis convaincu qu'il ne donnerait aucun résultat.

Restent alors les prolapsus. Sur 15 cas traités par la méthode de Thure-Brandt, j'ai obtenu 14 guérisons. La plupart des malades étaient des femmes âgées ; plusieurs étaient atteintes, en outre, de cystocèle ou de rectocèle.

J'emploie le massage contre toutes les inflammations chroniques de l'utérus.

Mes expériences vis-à-vis de la métrite chronique ne sont pas absolument concluantes, parce que j'ai toujours traité en même temps l'endométrite qui l'accompagne très souvent, à l'aide des moyens locaux qui sont à notre disposition. Sur 216 cas de métrite, j'ai obte-

nu 183 guérisons ; parmi ces dernières, j'estime qu'il y a eu 10 % de récidives.

Je n'emploie pas le massage dans la métrite cervicale chronique, parce qu'on obtient d'excellents résultats avec des méthodes moins compliquées.

J'ai traité, par le procédé de Thure-Brandt, 215 ovarites, 21 salpingites, 107 pelvi-péritonites, 4 hématocèles rétro-utérines : j'ai obtenu la guérison de 183 ovarites, de 18 salpingites, de 95 pelvi-péritonites et de 4 hématocèles. Pour le traitement de ce dernier groupe, je n'ai employé que le massage, sans avoir recours à aucune autre médication interne ou externe.

Quelques-unes des ovarites ont récidivé ; les autres cas n'ont rien présenté de nouveau.

De mes expériences sur la gymnastique de Thure-Brandt, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Cette méthode guérit un certain nombre de déplacements utérins, surtout ceux qui s'accompagnent de métrite ; mais je la considère ici comme superflue, parce que les simples déviations utérines ne donnent pas lieu à une symptomatologie particulière. Elle guérit sûrement la plupart des prolapsus de l'utérus et des annexes.

Elle est sans résultat dans les *antéflexions rigides*. Elle constitue un excellent moyen de traitement de la métrite chronique ; les cas qui s'accompagnent d'endométrite nécessitent cependant un traitement local spécial.

Elle agit puissamment dans les ovarites chroniques et les pelvi-péritonites. Il en est de même pour les adhérences consécutives aux processus inflammatoires pelviens, quand on parvient à les traiter de bonne heure. Passé un certain délai, elles résistent au massage, surtout quand elles ont une grande extension ou qu'elles sont disposées à récidiver. Contre le catarrhe de la trompe et les salpingites en général, la gymnastique de Thure-Brandt est un moyen excellent, du moins dans les formes graves de la maladie.

Le traitement n'offre absolument aucun danger dans les mains d'un praticien expert.

(La Sem. méd.)

* * *

150. — Un cas d'ostéomalacie guéri par le chloral. —
En partant de l'hypothèse que l'ostéomalacie est une maladie infec-

tieuse due à la présence du microbe de la fermentation nitrique et en se fondant, d'autre part, sur des recherches de Schloesing, Müntz et Warrington, d'après lesquelles le chloroforme détruirait rapidement la vitalité du ferment nitrique, un confrère italien, M. le docteur M. Petrone (de Naples), a eu l'idée de traiter un cas d'ostéomalacie par le chloral, substance qui, comme on sait, dégage du chloroforme en présence des liquides alcalins de l'organisme.

Quoi qu'il en soit des idées théoriques de M. Petrone sur la nature de l'ostéomalacie, le fait est qu'il a obtenu chez sa malade, sous l'influence du chloral, une guérison rapide et complète. Son observation offre donc, au point de vue thérapeutique, un intérêt incontestable et mérite d'être relatée avec les détails nécessaires.

La malade de notre confrère, âgée de cinquante ans et mère de 7 enfants, ne présentait aucune trace de syphilis ni de tuberculose pulmonaire ou ostéo-articulaire. Le début de l'ostéomalacie remontait chez elle à douze ans, époque à laquelle, à la suite d'une contusion de la jambe gauche, elle fut prise dans ce membre de douleurs qui augmentaient pendant la marche. Quelques mois plus tard, se trouvant alors dans une période avancée de grossesse, la malade commença à ressentir des douleurs dans les os du bassin, dans les côtes et la colonne vertébrale. Depuis lors, les douleurs ne la quittèrent plus ; elles ne firent qu'augmenter dans la suite et se compliquèrent de déformations osseuses.

Voici quel était l'état de la malade lorsque M. Petrone entreprit son traitement :

Le tronc présentait une masse informe ; la colonne vertébrale était déviée, tordue, courbée en avant. La taille de la femme, qui, avant la maladie, atteignait 1 m. 57 centimètres était réduite à 1 m. 30 centimètres. Sur l'abdomen, très proéminent, on apercevait une hernie volumineuse de la ligne blanche. Le bassin offrait les déformations caractéristiques de l'ostéomalacie. Les os du crâne et de la face ne présentaient rien d'anormal.

La malade ressentait dans les os des douleurs spontanées intenses et continues qui augmentaient par la pression. La marche et même la station debout étaient impossibles ; le moindre mouvement pour changer de position dans le lit provoquait des douleurs atroces. Outre ses douleurs, la malade était tourmentée par une toux quinteuse très pénible, ainsi que par un hoquet incessant.

Les urines ne contenaient ni albumine, ni sucre, mais on y cons-

tatait des traces de propeptone et une quantité notable d'acide nitreux.

M. Petrone institua dans ce cas le traitement par l'hydrate de chloral à la dose de 2 grammes par jour, en solution. Trois jours après le début de cette médication les douleurs avaient diminué considérablement, et l'on put constater dans les urines la disparition complète des propeptones, ainsi qu'une diminution notable de l'acide azoteux. Au cinquième jour, les urines étaient devenues normales. Vers la fin de la première semaine la malade put se lever, s'habiller seule et faire même quelques pas sans appui. Les douleurs spontanées avaient complètement disparu. La malade était maintenant délivrée de son hoquet, la toux quinteuse s'était aussi amendée. Au bout de quinze jours, la malade pouvait être considérée comme guérie; mais on continua encore pendant huit jours l'usage du chloral qui fut administré en tout pendant trois semaines.

A l'heure actuelle, on ne constate plus la moindre douleur osseuse, soit spontanée, soit provoquée par la pression. La malade marche, monte et descend les escaliers, s'occupe des soins de son ménage et exécute librement et sans douleur tous les mouvements que lui permettent ses déformations osseuses. La guérison paraît donc être complète et imputable au chloral, c'est-à-dire au chloroforme dégagé par ce médicament dans l'organisme. Notons que c'est aussi au chloroforme employé pour l'anesthésie chirurgicale que seraient dus, d'après M. Petrone, les quelques cas de guérison de l'ostéomalacie par la castration ovarienne qui se trouvent consignés dans la science.

(*La Sem. méd.*)

* * *

151. — L'injection antiseptique intra-utérine après l'accouchement. — La *Presse Médicale Belge* du 17 de ce mois publie sous ce titre un travail de M. Keiffer, qui charge cette malheureuse injection de tous les méfaits possibles.

L'auteur s'appuie sur des données théoriques et sur la pratique de plusieurs accoucheurs allemands.

Nous avons tant de fois réfuté ces objections que nous craindrions de lasser nos lecteurs en recommençant la polémique. Nous ne dirons donc que deux mots.

Si tout ce que pense M. Keiffer était exact, on devrait observer quotidiennement les accidents les plus graves, ce qui n'est pas : *sur des*

milliers de cas, on n'a constaté aucun accident sérieux dans notre service, ni dans les services de MM. De Saint-Moulin, Tournay, Kufferrath, Eustache, etc. Mais, en revanche, dans tous ces services, on en a retiré des avantages éclatants.

Il faut sans doute agir avec prudence, méthode, attention..., comme toujours en médecine.

Pourrait-on supprimer l'injection intra-utérine, et la remplacer par d'autres soins plus minutieux ? C'est possible ; mais tant que notre méthode, très simple, nous procure des succès aussi constants, pourquoi la changerions-nous ?

Peut-être, dans la pratique civile surtout, suffirait-il de bien se laver les mains et de se conformer à la vulgaire propreté ? — Jadis cette clientèle ne donnait pas énormément d'insuccès, même quand les praticiens avaient les mains sales, ne nettoyaient pas la vulve et laissaient au contact de celle-ci les linges les plus innomés !

Tout cela est bien connu et expliqué.

M. Keiffer pense : « qu'il n'y a pas plus de raison pour laver l'utérus après le part physiologique qu'il y en aurait à donner un lavement antiseptique après chaque garde-robe, une injection intra-utérine après chaque menstruation, un lavage de l'urèthre après l'éjaculation ».

Notre jeune et distingué confrère a évidemment perdu de vue : l'état spécial de réceptivité morbide amené par la grossesse et la parturition ; les nombreuses portes ouvertes à l'inoculation septique depuis l'utérus jusqu'à la vulve ; les causes multiples de putréfaction qui peuvent se trouver dans le tractus génital.

Il estime certainement qu'il y a plus à faire pendant et après l'accouchement que pendant et après la garde-robe, la menstruation, l'éjaculation. Ces comparaisons banales ne peuvent donc servir à rien.

(*Journal d'Accouchements.*)

152. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse. — Hésiter à pratiquer un traitement spécifique énergique parce que le traitement peut être abortif est une erreur contre laquelle M. E. Besnier s'élève énergiquement, la syphilis étant encore plus abortive que la médication.

Voici la conduite à tenir *régulièrement jusqu'à la fin* de la grossesse :

1° Bonne alimentation et, en même temps, à titre de toniques, usage des préparations de quinquina, de l'iodure de fer, etc., etc.

2° Tous les jours, prescrire une formule ainsi formulée :

Bichlorure de mercure.....	0 gr. 01
Extrait thébaïque.....	} àà 0 - 005
Extrait de gentiane.....	

Pour une pilule.

3° Simultanément prescrire l'iodure de potassium à la dose quotidienne d'un demi-gramme à un gramme.

* * *

153. — Contre la diarrhée des enfants. — M. Sympson (*Deutsche medicin. Wochenschrift* 1892, n° 51) préconise l'administration de la mixture suivante :

Acide borique.....	4 parties
Glycérine pure.....	16 —
Teinture d'écorce d'orange.....	3 —
Eau distillée.....	50 —

M. — Toutes les trois heures la valeur d'une cuillerée à thé.

* * *

154. — La résorcine et l'antipyrine contre la coqueluche. — Voici les formules proposées par GALVAGNO :

Eau distillée.....	100 grammes.
Résorcine.....	} 1 gramme.
Antipyrine.....	
Acide chlorhydrique.....	X gouttes.
Sirop simple.....	30 grammes.

ou

Solution gommeuse.....	100 grammes.
Résorcine.....	} àà 2 grammes.
Antipyrine.....	
Sirop de pin maritime.....	30 grammes.

3 à 5 cuillerées à soupe par jour.

* * *

155. — L'acide phénique contre la coqueluche. —
(A. FRARY.)

Acide phénique cristallisé.....	0 gr. 20
Biborate de soude	} à 4 grammes.
Bicarbonate de soude.....	
Glycérine	} à 30 grammes.
Eau.....	

M. S. Pour pulvérisations.

* * *

156. — Deux symphyséotomies avec terminaison favorable, par le Prof. G. LÉOPOLD. (*Centralblatt für Gynaekologie* 1892, n° 30, p. 585). — Encouragé par les résultats publiés dans ces derniers temps par M. Morisani, de Naples, et M. Pinard, le professeur Léopold, de Dresde, a eu recours à la symphyséotomie dans 2 cas de rétrécissement du bassin, chez des femmes gravides multipares.

La première observation concerne une femme de 37 ans, qui avait eu précédemment deux accouchements à terme ; applications de forceps ; extraction d'un enfant mort, les deux fois. Lors d'une troisième grossesse, on provoqua l'accouchement prématuré ; expulsion d'un fœtus mort. Bassin rachitique, rétréci suivant toutes ses dimensions : 22, 24, 28, 17 1/2, 8 3/4 et 6 3/4. Apparition des premières douleurs, le 25 mai, à 7 h. 30 du matin. Rupture de la poche des eaux, à 1 heure et demie de l'après-midi. Symphyséotomie à 3 h. 50. Application de forceps au détroit supérieur, à 2 heures. Extraction d'un enfant vivant. A 3 h. 20 on avait fini de suturer la symphyse et la plaie des parties molles. Suites de couches normales. Pas de troubles consécutifs de la marche et de l'urination.

Le sujet de la seconde observation, une femme de 37 ans, avait accouché en 1891, à terme ; il avait fallu perforer la tête de l'enfant. Nouvelle grossesse en septembre de la même année. Premières douleurs, le 28 juin 1892, à six heures du soir. Rupture de la poche des eaux, le 24 juin, à une heure de l'après-midi. Symphyséotomie à 4 h. 5. Application de forceps au détroit supérieur. A 4 heures 16, extraction d'un enfant du sexe masculin. Fin de l'opération à 4 h. 40. Ecartement des surfaces articulaires de la symphyse, 3 centimètres, pendant l'extraction 6 cent. 5. Presque pas de perte de sang. Suites

de couches normales. Dix-sept jours après l'opération, la plaie tégumentaire était cicatrisée. La femme mouvait ses jambes librement et sans éprouver de douleurs. Pas de troubles de l'urination.

M. Léopold conclut que la symphyséotomie est appelée à remplacer dans un grand nombre de cas l'opération césarienne et la perforation du crâne, dans les cas de rétrécissement du bassin où l'application du forceps et la version sont inapplicables ; il constate que la mortalité à la suite de l'opération césarienne est plus grande qu'à la suite de la perforation et de la symphyséotomie. Autant qu'il en peut juger par ses deux observations personnelles, M. Léopold considère la symphyséotomie comme une opération facile.

(*Rev. de théér. gén. et therm.*)

FORMULAIRE ⁽¹⁾

Traitement médical de la pelvi-péritonite chronique séro-adhésive.

(JULES CHÉRON.)

La pelvi-péritonite chronique séro-adhésive comporte un certain nombre d'indications thérapeutiques qui peuvent être résumées de la façon suivante :

A. Tant qu'il persiste un certain degré d'infection utérine, le traitement de l'endométrite est la principale indication ; une fois l'endométrite guérie, la salpingite s'atténue et on n'a plus à redouter les poussées aiguës ou sub-aiguës de pelvi-péritonite qui sont, au contraire, toujours à craindre, tant que l'endométrite persiste.

L'antiseptie intra-utérine, le curettage, le hersage du canal cervical et l'excision des ectropions remplissent cette première indication.

B. Les exsudats intra-péritonéaux réclament eux-mêmes un traitement spécial, car il est exceptionnel de les voir se résorber spontanément.

Pour obtenir cette résorption d'une façon rapide, il est nécessaire : 1° de relever l'état général, d'augmenter le taux de la vitalité de la malade, l'expérience de tous les jours prouvant que c'est à la faibles-

(1) *Erratum.* Dans notre dernier formulaire, p. 576, 10^e ligne, lire *transfusion* au lieu de *transmission*.

se de la vitalité qu'il faut attribuer la chronicité de l'affection ;
2° d'appliquer les résolutifs locaux.

1° Pour relever la vitalité, il faut conseiller une nourriture réparatrice, en rapport avec la tolérance du tube digestif, l'aération, les petites promenades à pied, au grand air, etc., et employer d'une façon régulière les transfusions hypodermiques de sérum artificiel (*voir notre précédent n°*), à la dose habituelle de 10 gr. par jour. Sous leur influence, l'appétit augmente, les digestions s'améliorent, l'assimilation est suractivée, les forces reviennent, l'embonpoint antérieur à la maladie reparaît.

2° Comme résolutifs locaux, on donnera la préférence aux grandes irrigations vaginales et rectales d'eau chaude, à la révulsion pratiquée dans les culs-de-sac du vagin avec la teinture d'iode, sur les parois abdominales avec les pointes de feu fines et nombreuses, et surtout aux applications quotidiennes de pansements vaginaux à l'ichthyol et de pommades à l'ichthyol sur la paroi abdominale.

Comme pansements vaginaux, on emploie le glycérolé suivant :

Sulfo-ichthyolate d'ammonium.....	20 gr.
Glycérine neutre à 30° Baumé	200 gr.

appliquer, dans les culs-de-sac, un tampon d'ouate hydrophile imbibé de cette solution.

Comme pommade, on donnera la préférence à la formule suivante qui réunit trois substances très résolutes :

Extrait de digitale	4 gr.
Sulfo-ichthyolate d'ammonium	8 gr.
Savon mou de potasse	15 gr.
Axonge	40 gr.

C. Lorsque l'endométrite est guérie, lorsque les exsudats intra-péritonéaux se sont résorbés sous l'influence du traitement que nous venons d'indiquer, on aura recours au massage pelvien pour faire disparaître les dernières traces de la pelvi-péritonite ; c'est-à-dire pour empêcher la persistance de brides cicatricielles entraînant l'utérus et les annexes dans une position vicieuse et les faisant adhérer entre eux.

Lorsque ce traitement complexe est appliqué méthodiquement et régulièrement, la guérison complète de la pelvi-péritonite chronique séro-adhésive peut être obtenue en une période de temps assez courte.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont Oise).— Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES GRANDES NÉVRALGIES PELVIENNES.

La récente discussion de la *Société de chirurgie* (séance du 9 novembre 1892) sur l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes mérite, à plusieurs points de vue, d'être résumée ici : 1° elle montre, mieux que tous les raisonnements que nous pourrions faire, la tendance fâcheuse de quelques chirurgiens à recourir « d'un cœur léger » à la mutilation des organes génitaux de la femme, alors même qu'ils ne constatent aucune lésion sérieuse de l'utérus et des ovaires ; 2° elle met en relief la nécessité absolue qu'il y a pour le gynécologue à savoir autre chose que le manuel opératoire de la castration tubo-ovarienne et de la castration utérine ; 3° elle nous permettra enfin d'exposer la séméiologie des névralgies pelviennes et de passer rapidement en revue les divers moyens de traitement non opératoires qu'on peut leur opposer.

C'est M. Richelot qui a eu l'initiative de cette discussion dont nos lecteurs trouveront le compte rendu détaillé dans notre prochain numéro. D'après ce chirurgien, il est des cas *nombreux* dans lesquels on peut être amené à proposer une inter-

vention chirurgicale pour combattre les douleurs *sine materia* de l'utérus et des ovaires. Ces douleurs rebelles et permanentes existent surtout chez des névropathes hystériques ou neurasthéniques. L'intervention consiste, suivant les cas, en une laparotomie (qui peut être simplement exploratrice ou suivie de la destruction d'adhérences, de l'ablation unilatérale des annexes) ou bien en une hystérectomie faite d'emblée ou faite après insuccès de la castration tubo-ovarienne. Il cite trois cas de laparotomie suivie de succès, quinze cas d'hystérectomie après insuccès de la laparotomie, enfin dix cas d'hystérectomie d'emblée, dont un cas s'est terminé par la mort. D'après sa pratique personnelle, il croit pouvoir dire que l'hystérectomie est ici supérieure à la laparotomie et constitue la méthode de choix.

Pour M. Terrier, il y a lieu de rechercher si on doit enlever les ovaires seulement, ou l'utérus et les ovaires. « Je n'ai pas, dit-il, d'expérience personnelle à ce sujet, n'ayant jusqu'à présent enlevé que les ovaires, ce qui m'a donné des résultats tantôt bons, tantôt mauvais, sans qu'on puisse à l'heure actuelle s'expliquer cette variabilité des conséquences opératoires. » La lutte entre laparotomistes et hystérectomistes est sans doute loin d'être terminée ; pour nous, cette question est accessoire ; la question capitale, la vraie question est de savoir si la thérapeutique conservatrice est aussi désarmée qu'on semble le croire et si la mutilation est réellement légitime.

Et d'abord, les résultats obtenus par M. Richelot sont-ils de nature à provoquer notre enthousiasme ?

Remarquons qu'une des hystérectomies s'est terminée par la mort. On nous dit bien que l'état général de la malade était si mauvais que la mort est survenue quarante-huit heures après l'opération, dans le collapsus, sans complications opératoires. Mais enfin, si les forces de la malade étaient à ce point épuisées, ce n'est pas une simple névralgie, aussi atroce qu'on la suppose, qui a pu produire une cachexie aussi prononcée. Il y a eu tout au moins un examen médical incomplet, le vrai diagnostic n'a pas été fait. En tout cas, il était

illogique d'hystérectomiser une femme aussi cachectisée que était cette pauvre femme, à moins qu'il suffise d'enlever l'utérus pour guérir toutes les maladies ?

Dans un autre cas d'hystérectomie — il s'agissait d'une neurasthénique — l'insuccès a été complet.

Une autre opérée est sur le point de succomber à des accidents cardiaques, guérie de sa névralgie ! Était-il bien utile de se préoccuper de la névralgie dans ce cas ?

Chez deux autres opérées, des hystériques sans doute, la névralgie pelvienne a disparu et a fait place à des douleurs siégeant au bras, chez l'une d'elles, au niveau de l'ombilic chez d'autres. Je n'ai pas un grand enthousiasme pour la suggestion hypnotique, mais je dois reconnaître qu'elle donne des résultats aussi avantageux que ceux-là sans présenter le même danger.

Enfin il y a des succès complets et qui semblent assez durables. A ces derniers on peut opposer des cas de guérison spontanée : « J'ai examiné, il y a deux ans, dit M. Verneuil, une dame qui souffrait de douleurs intolérables, et pour laquelle je conclus à la nécessité d'une laparotomie. L'opération était décidée lorsque, à la suite d'une attaque de manie aiguë, tous les phénomènes douloureux disparurent du côté du bassin. Dans un autre cas analogue, extrêmement douloureux, je proposai également une laparotomie, et, deux mois après, la malade était absolument guérie sans avoir subi l'opération. » Sans compter que les succès immédiats peuvent devenir du jour au lendemain des insuccès, comme dans les cas rapportés par MM. Reclus et Quénu.

Une double conclusion s'impose : 1° on mutilé trop facilement ces pauvres femmes névropathes ; 2° les résultats de l'intervention sont trop aléatoires pour justifier un mode de traitement que tous les médecins connaissant la neuropathologie déclarent illogique et même blâmable, comme nous le verrons bientôt.

Quelle est donc la séméiologie de ces névralgies pelviennes

rebelles, permanentes, sans lésions de l'utérus et des ovaires ? La place nous manque pour exposer complètement cette partie du sujet, et je devrai me borner à une classification rapide :

Il y a d'abord les cas mixtes, dans lesquels les lésions locales existent, sont constatables, mais ne sont nullement proportionnées à l'intensité des douleurs. Je veux parler des arthritiques, des diabétiques, des névropathes, etc., dont l'utérus et les annexes ont été plus ou moins malades, ont guéri à peu près complètement, mais qui ont conservé une sensibilité locale plus ou moins considérable, en rapport le plus souvent avec des adhérences pelviennes. Quelquefois même, ainsi que mon maître M. le Dr Chéron a eu l'occasion d'en montrer une dizaine d'exemples à sa clinique, il s'agit de simples névralgies lombo-abdominales, survenant chez des personnes arthritiques, sous l'influence du froid humide, la localisation de la névralgie étant due au « locus minoris resistentiæ » créé par une affection utérine ancienne et depuis longtemps guérie.

Plus souvent encore ces névralgies pelviennes sont liées soit à l'hystérie, soit à la neurasthénie, et qu'il y ait ou non des petites lésions locales, on n'obtient de résultats sérieux qu'en combattant l'état névropathique par des moyens appropriés. Si on voit une malade qui, n'ayant qu'une affection utérine légère, ne fait que répéter qu'elle éprouve « des douleurs atroces, intolérables, insupportables, etc., » neuf fois sur dix on trouvera des stigmates hystériques en les cherchant avec soin. Si l'hystérie est hors de cause, si les douleurs prennent surtout le caractère de douleurs angoissantes, s'accompagnant de peur morbide, d'impotence musculaire, etc., c'est du côté de la neurasthénie qu'il faut chercher pour dégager le diagnostic.

Un mot du traitement non opératoire.

Dans les cas de ce genre, il faut proscrire absolument la morphine, car il s'agit de malades qui deviendraient presque à coup sûr morphinomanes, ce qui ne ferait qu'aggraver la situation.

Presque toujours l'arthritisme est plus ou moins en cause : les

frictions sèches, les bains stimulants ou révulsifs, les liniments antinévralgiques, les salicylates trouvent ainsi leur indication.

Si c'est l'hystérie qui domine, le traitement moral, l'hydrothérapie, les valériانات, les vieilles pilules de Méglin, l'électricité statique, etc., seront à utiliser.

Si on a affaire à une neurasthénique, le régime alimentaire, le règlement de vie (au point de vue du repos et de l'exercice gradué), le massage général, l'électrisation, les transfusions hypodermiques, etc., constituent le point capital.

Comme traitement local, en cas d'adhérences pelviennes, le massage est un admirable moyen ; il faut y ajouter les injections chaudes, les pansements décongestionnants, etc. Mais si on ne trouve aucune lésion locale, la logique veut qu'on laisse tranquilles les malades, loin de songer à les châtrer.

Voici, du reste, pour terminer, l'opinion d'un homme autorisé en la matière, M. le Prof. Charcot :

« Il est aussi illogique, dit-il (1), d'enlever chez un hystérique mâle le testicule ou la peau du scrotum, sièges de sensations douloureuses, que d'enlever une zone hystérogène quelconque ou un ovaire hyperesthésié chez une femme. La théorie sur laquelle les opérateurs s'appuient est fausse ; leur pratique est mauvaise, et, a-t-il ajouté, immorale ».

JULES BATUAUD.

ETAT ACTUEL

de la question des inflammations pelviennes,

Par M. le D^r JULES CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

La discussion importante qui a suivi le savant rapport de M. Segond sur le traitement des suppurations pelviennes au récent Congrès international de gynécologie et d'obstétrique, tenu à Bruxelles, du 14 au 17 septembre 1892, donne un regain d'actualité à la question des inflammations pelviennes chez la femme.

(1) Pichevin. Des abus de la castration, th. de Paris 1890, p. 98.

Il y a plus de trois ans, nous avons déjà traité cette question, dont l'importance pratique est considérable, et qui, par conséquent, mérite d'être mise au point chaque fois que quelque nouvelle découverte, soit d'ordre scientifique, soit d'ordre clinique, vient modifier plus ou moins la façon dont on comprend la nosographie ou la thérapeutique des inflammations pelviennes.

A l'époque dont je parle, tout était, au point de vue nosographique, aux salpingo-ovarites; tout était, au point de vue thérapeutique, à la laparotomie et à l'opération de L. Tait.

Actuellement, l'importance des salpingo-ovarites est diminuée, on admet d'autres suppurations pelviennes que les abcès intra-tubaires et les abcès ovariens; la question d'absence ou de présence d'une collection purulente dans le bassin semble être la chose capitale et on parle autant de suppurations pelviennes qu'on parlait alors des salpingo-ovarites; concurremment la laparotomie est moins en vogue et le succès se prononce en faveur de l'hystérectomie par la voie vaginale ou opération de Péan.

Tout le monde reconnaît aujourd'hui que, pendant ces dernières années, on a plus d'une fois abusée de l'ablation des annexes. Bien des trompes et bien des ovaires ont été supprimés, pendant cette période d'enthousiasme exagéré pour la castration tubo-ovarienne, alors qu'une thérapeutique moins radicale aurait pu avoir raison des lésions plus ou moins anciennes, plus ou moins graves, que l'on constatait après l'ouverture du ventre. Enfin, on n'a pas tardé à s'apercevoir que la castration tubo-ovarienne n'amenait pas toujours une guérison complète et définitive; les échecs ou les succès partiels se sont montrés d'autant plus fréquents que l'on voyait un plus grand nombre de malades opérées depuis plus longtemps.

On nous dit merveille de l'opération nouvelle, la castration utérine de Péan; elle guérit, assure-t-on, les cas qui n'ont été que médiocrement améliorés par la laparotomie; (sa mortalité opératoire n'est pas très élevée (8 à 10 %); quelques-uns parmi

les nouveaux adeptes ne seraient pas éloignés d'en faire la panacée des inflammations pelviennes; d'aucuns même semblent croire que toute la gynécologie doit aboutir à l'hystérectomie, les grandes névralgies pelviennes, elles-mêmes, relèveraient de cette nouvelle opération. — Nous voyons que l'abus n'a pas tardé à se produire, comme pour l'opération de Lawson-Tait, d'ailleurs. — Et maintenant il faudra encore plusieurs années avant qu'on sache quels sont les résultats éloignés de l'hystérectomie, avant surtout qu'on reconnaisse que le plus grand nombre des inflammations pelviennes n'est justiciable que d'une thérapeutique conservatrice.

La question est plus large que ne semblent le croire les laparotomistes et les hystérectomistes; il y a beaucoup d'inflammations pelviennes de nature différente; des suppurations pelviennes vraies, il n'y en a pas tant que cela! Il est donc utile, à notre avis, de passer en revue toutes les inflammations du bassin, chez la femme, comme nous l'avons fait déjà dans le travail auquel nous faisons allusion plus haut, en complétant toutefois notre exposé, grâce aux connaissances nouvelles qui ont été acquises depuis plus de trois années. Pendant toute cette période du reste, nous avons soigné un grand nombre de cas nouveaux d'inflammation pelvienne, nous nous sommes efforcé chaque fois de faire un diagnostic précis, nous avons suivi les malades avec la plus sérieuse attention, nous en avons revu d'autres que nous avions antérieurement traitées, enfin nous avons pris la peine d'assister à une série importante d'hystérectomies, de façon à nous rendre mieux compte des lésions anatomo-pathologiques et de bien connaître la question sous toutes ses faces. C'est pourquoi nous pouvons être beaucoup plus affirmatif actuellement que nous ne l'étions dans notre premier travail, l'expérience acquise ayant confirmé, pour la plupart, les conclusions que nous avons déjà formulées.

Chaque variété d'inflammation pelvienne devant faire le sujet d'une monographie spéciale qui paraîtra bientôt, nous nous bornerons à donner, ici, l'historique d'ensemble des in-

flamations pelviennes, en esquisant successivement la nosographie, la pathogénie, le pronostic et le traitement de ce groupe d'affections.

Nosographie. — Signalées par Mauriceau au XVII^e siècle, puis par Pujos et Lamotte au siècle dernier, les inflammations pelviennes n'ont été bien étudiées qu'à partir de 1860, époque à laquelle Nonat (1) leur assigna le nom de *phlegmon péri-utérin*. Pour Nonat, les masses inflammatoires qui entourent l'utérus représentent le résultat de l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal situé entre l'utérus et la vessie, en avant, entre les lames du ligament large, sur les côtés, et enfin, entre l'utérus et le rectum, en arrière. Cette opinion fut défendue, bientôt après, par Simpson et Graily-Hewit en Angleterre, par West, en Amérique, par Pirogoff et par Virchow en Allemagne ; tous ces auteurs acceptèrent la localisation des lésions inflammatoires péri-utérines dans le tissu cellulaire, et donnèrent comme synonyme au phlegmon péri-utérin de Nonat le terme de *cellulite pelvienne*. A cette même époque, la terminaison du phlegmon péri-utérin par suppuration reçut le nom d'*abcès pelvien*.

Deux années après la publication du traité de Nonat, Bernutz et Goupil (2), tout en admettant l'existence du phlegmon du ligament large, proposèrent de substituer au terme de phlegmon péri-utérin celui de *pelvi-péritonite*. S'appuyant sur des autopsies très minutieusement faites, ils ne virent dans le prétendu phlegmon péri-utérin que des inflammations péritonéales partielles. Ce qu'on sent, quand on croit avoir affaire à une inflammation du tissu cellulaire péri-utérin (le phlegmon du ligament large étant mis hors de discussion une fois pour toutes, ce sont des viscères pelviens réunis par des adhérences péritonéales ; quand la suppuration se produit, en pareil cas, elle est, non pas sous-péritonéale, mais bien intra-

(1) NONAT. Traité pratique des maladies de l'utérus, 1860.

(2) BERNUTZ et GOUPIL. Clinique médicale sur les maladies des femmes, 1862.

péritonéale ; en un mot, ce sont des pelvi-péritonites adhésives ou suppurées. Ils vont même plus loin et considèrent ces pelvi-péritonites comme toujours symptomatiques et le plus souvent secondaires à l'inflammation des ovaires et des trompes. Mais, pour eux, lorsque la pelvi-péritonite s'est développée, non seulement elle domine la symptomatologie, l'affection primitive passant au second plan, mais elle domine encore la thérapeutique, et elle est véritablement la source des indications capitales. « C'est ce qui me paraît constituer, dit judicieusement Courty (1), la conséquence pratique la plus importante et par conséquent l'intérêt capital des recherches pleines de valeur de MM. Bernutz et Goupil. »

Aran (2) croyait aussi à la subordination de la pelvi-péritonite, à la salpingo-ovarite. C'est toujours probablement, dit-il, de l'ovaire ou de la trompe que part la première trainée inflammatoire, mais les annexes constituent un foyer petit, relativement à la tumeur formée autour de ce foyer central par les organes pelviens, y compris les intestins, adhérents les uns aux autres.

Les opinions étaient divisées entre ces deux extrêmes : prédominance de la pelvi-péritonite (Aran, Bernutz et Goupil) et prédominance du phlegmon (Nonat, Simpson, Pirogoff, etc.), lorsque l'étude des lymphatiques de l'utérus par Gherardt Léopold, en Allemagne, et par Lucas-Championnière, en France, conduisit les auteurs à envisager la question à un autre point de vue. On attribua aux lymphatiques une importance pathogénétique considérable et l'on vit Lucas-Championnière, Guéneau de Mussy, A. Guérin, Martineau, etc., considérer toutes les inflammations pelviennes comme des *angioleucites*, des *adénites*, des *adéno-phlegmons*, entraînant l'école française à admettre que le point de départ de ces inflammations est généralement dans l'utérus, les lésions du col se propageant, par l'intermédiaire des lymphatiques, vers le tissu conjonctif cir-

(1) COURTY. Traité des maladies de l'utérus, 3^e édit., 1881, p. 876.

(2) ARAN. Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes 1858-1860.

cum-utérin et les ligaments larges, les lésions du corps se propageant, au contraire, vers le péritoine. Plus tard, M. A. Guérin en venait même à nier l'existence du phlegmon du ligament large et croyait que la lésion décrite sous ce nom n'était autre chose que l'*adéno-phlegmon justa-pubien*. Malheureusement pour sa théorie, la description anatomique des lymphatiques pelviens, sur laquelle il s'appuie, avec M. Le Bec, semble être une exception des plus rares, si l'on en croit MM. Sappey et Poirier.

L'ardeur des premières discussions entre Nonat et Bernutz une fois éteinte, l'éclectisme fit son apparition.

En 1869, Mathews Duncan (1) admet que l'inflammation pelvienne siège tantôt dans le tissu cellulaire, tantôt dans le péritoine et propose d'appeler *paramétrite* l'inflammation du tissu cellulaire et *péritmétrite* celle du péritoine pelvien. Cette classification est acceptée à peu près dans tous les pays, au moins au point de vue théorique. Barnes et Schröder notamment admettent l'existence séparée de la paramétrite et de la périmétrite. Au point de vue pratique, beaucoup d'auteurs déclarent qu'ils sont dans l'impossibilité absolue de faire le diagnostic différentiel au lit de la malade. En effet, disent Hart et Barbour (2), « dans une pelvi-péritonite reconnue, il y a toujours un peu de cellulite, et dans la cellulite également bien nette, il y a toujours un peu de pelvi-péritonite ».

Quelques auteurs en arrivent même à ne plus essayer de faire le diagnostic différentiel entre la pelvi-péritonite et le phlegmon péri-utérin ; Emmet (3) les confond ensemble sous le nom de *cellulite pelvienne*, qu'il emploie dans le sens très compréhensif que Courty (4) donnait au mot *inflammation péri-utérine* et Gallard à celui de *phlegmasie péri-utérine*, expression qui, l'une ou l'autre, ont au moins sur celle d'Emmet, l'avantage de ne rien préjuger.

(1) MATHEWS DUNCAN. A Practical treatise on Perimetritis and Parometritis, Edimbourg 1869.

(2) HART ET BARBOUR, Manuel de gynécologie, trad. franc. Paris 1886, p.174.

(3) EMMET. La pratique des maladies des femmes, trad. franç. Paris, 1887.

(4) COURTY, loc. cit.

Tel était l'état des esprits, lorsque, en 1883, Lawson Tait démontra la fréquence des *salpingo-ovarites* et mit à la mode l'ablation des annexes par la laparotomie. C'était un progrès considérable de tirer de l'oubli les lésions des annexes, de montrer leur rôle important dans la pathologie féminine, d'apprendre à les reconnaître sur le vivant alors qu'elles n'étaient guère jusque là que des trouvailles d'autopsies. Mais on alla trop loin dans cette voie ; on voulut faire table rase de tous les travaux antérieurs ; on raya les mots de pelvi-péritonite et de phlegmon du ligament large du cadre nosologique.

En 1888, lorsque la première édition du présent travail fut publiée dans la *Revue des maladies des femmes*, je protestai énergiquement contre cet exclusivisme peu scientifique et je décrivis, dans des chapitres distincts :

- 1° Les *salpingo-ovarites* ;
- 2° Les pelvi-péritonites ou périmétrites ;
- 3° Les cellulites pelviennes ou paramétrites.

Actuellement, la réaction s'est faite dans la plupart des esprits, et on tend de plus en plus à reconnaître que le siège des inflammations pelviennes est bien tantôt aux annexes, tantôt au péritoine, tantôt au tissu cellulaire. Martin (1), en Allemagne, tout en décrivant avec soin les *salpingo-ovarites*, conserve cependant la pelvi-péritonite et la cellulite pelvienne. En France, l'auteur qui a le plus contribué à ce retour aux idées que j'ai moi-même défendues, au point de vue nosographique, est, sans contredit, M. Delbet (2) qui dans son remarquable traité des suppurations pelviennes, a réuni un ensemble très important de documents et a donné des descriptions très complètes sur le sujet qui nous occupe. « Le phlegmon de Nonat existe, dit-il (3), la pelvi-péritonite de Bernutz et Goupil existe, les salpingites existent. Si on peut encore discuter sur la fréquence relative de ces affections, il n'est plus permis

(1) MARTIN. Traité clinique des maladies des femmes, trad. franç., Paris, 1889.

(2) DELBET. Des suppurations pelviennes chez la femme, Paris, 1891.

(3) DELBET, *loc. cit.*, p. 6.

de les nier. Chacune d'elles a droit à une place spéciale dans la nosologie. »

Pathogénie. — Il faut arriver jusqu'à ces dernières années pour trouver une pathogénie bien complète des inflammations pelviennes.

On savait sans doute depuis longtemps qu'un grand nombre de ces affections reconnaissait pour origine un accouchement ou un avortement antérieur et le rôle de l'infection puerpérale fut apprécié à sa juste valeur dès que l'on commença à porter l'ordre dans le chaos de l'ancienne fièvre puerpérale. Le rôle de l'infection blennorrhagique avait été également soupçonné par Bernutz et Goupil avant que Nœggerath ne vint en démontrer toute l'importance, mais on croyait aussi aux pelvi-péritonites traumatiques, aux pelvi-péritonites balistiques, aux pelvi-péritonites menstruelles. Ce n'est guère que depuis 1880 qu'on admet que toute inflammation pelvienne est consécutive à une infection primitivement localisée dans l'utérus. La bactériologie n'a pas dit sans doute son dernier mot dans la question, mais nous savons tout au moins que les agents les plus habituels des inflammations péri-utérines sont le streptocoque et le gonocoque, l'un donnant naissance aux accidents puerpéraux, l'autre à l'infection blennorrhagique. On sait aussi qu'il peut y avoir des infections mixtes, le gonocoque ayant préparé le terrain à l'infection par le streptocoque. On admet enfin très logiquement qu'il peut y avoir accidentellement des infections dues à des germes pathogènes encore indéterminés.

Bien qu'il y ait encore des lacunes que les progrès de la technique bactériologique finiront sans doute par combler, on a tout au moins établi, d'une façon irréfutable, cette première conclusion que toute inflammation pelvienne, dans l'ordre de faits qui nous intéresse ici, reconnaît pour point de départ une infection utérine susceptible de se propager ou non soit aux annexes, soit au péritoine, soit au tissu cellulaire péri-utérin.

La connaissance de la nature infectieuse des affections qui nous occupe est un progrès considérable ; ce qui constitue une donnée tout aussi importante, c'est le fait universellement admis que ces infections sont d'origine utérine avant de s'étendre aux annexes, au péritoine et au tissu cellulaire pelvien. On comprend en effet immédiatement le rôle prophylactique et le rôle thérapeutique que la désinfection de l'utérus sera appelé dès lors à remplir.

La cause des inflammations pelviennes étant connue, comment se fait la propagation des lésions hors de l'utérus ?

Pendant longtemps on n'a connu que la propagation par voie de voisinage ; la métrite se propageant au péritoine, c'était la péricérite ; se propageant au tissu cellulaire pelvien, c'était la paramérite. Aran, Bernutz et Goupil avaient bien constaté que les pelvi-péritonites étaient symptomatiques des salpingo-ovarites, mais ils avaient oublié que ces dernières sont consécutives elles-mêmes à des endométrites.

Au moment de la découverte des lymphatiques utérins, on oublia la voie muqueuse et on crut que toutes les inflammations pelviennes étaient des adéno-lymphangites.

De même, et par suite du même exclusivisme, quand on apprit à connaître mieux les salpingo-ovarites, on refusa tout rôle pathogénétique aux lymphangites pour ne plus reconnaître que la propagation par la voie muqueuse.

Dans la première édition de ce travail, alors que les salpingo-ovarites encombraient et absorbaient tout, nous avons admis que les salpingo-ovarites sont consécutives à des endométrites et donnent naissance à leur tour aux lésions de la pelvi-péritonite, mais que les phlegmons du ligament large reconnaissent une autre pathogénie et sont, presque toujours, d'origine lymphangitique. Cette manière de voir s'est trouvée justifiée par les travaux ultérieurs et on peut résumer les notions pathogéniques actuelles dans les propositions suivantes :

1° Toutes les inflammations pelviennes reconnaissent pour cause une infection primitivement utérine produite par le strep-

rocoque, par le gonocoque ou par des germes pathogènes encore indéterminés.

2° Partie de l'utérus, tantôt l'infection suit la voie muqueuse pour gagner successivement les trompes, la surface des ovaires et le péritoine pelvien, tantôt elle suit la voie lymphatique pour atteindre le parenchyme ovarien (Delbet) et surtout le tissu cellulaire situé sur les côtés de l'utérus (phlegmon du ligament large et phlegmon juxta-pubien).

Pronostic. — Jusqu'à ces dernières années, le pronostic des inflammations pelviennes a été considéré comme bénin, sauf dans les cas d'infection puerpérale d'emblée très grave, dans les fièvres puerpérales *mole moris* comme les appelait Bernutz et qui n'existent plus aujourd'hui avec les nouveaux procédés de l'antisepsie obstétricale.

Cette manière de voir est-elle justifiée par les faits cliniques ou bien faut-il admettre, avec Lawson Tait, que toute inflammation des annexes menace l'existence et peut conduire à la mort dans la moitié des cas environ ?

Si l'opinion des interventionnistes qui portent un pronostic si fâcheux dans les cas d'inflammation pelvienne était exacte, l'anatomie pathologique des salpingo-ovarites, des pelvi-péritonites et des pelvi-cellulites serait constituée depuis longtemps. Nous voyons au contraire que la rareté des autopsies, dans la période de thérapeutique expectante qui a précédé la période laparotomique, n'a pas permis de décrire les lésions des annexes comme nous les connaissons maintenant et il n'a fallu rien moins que l'anatomie pathologique faite sur le vivant pour démontrer la fréquence de ces lésions et pour en classer les diverses variétés.

L'observation clinique conduit aux mêmes conclusions sur la faible mortalité des inflammations pelviennes. Le nombre est immense en effet des femmes qui ont eu, à la suite d'un accouchement ou d'une fausse couche, ou à la suite d'une infection blennorrhagique, une attaque plus ou moins grave de salpingo-ovarite, de pelvi-péritonite, de pelvi-cellulite et

chez lesquelles on trouve plus tard, sans que leur existence ait été compromise un seul instant, une déviation utérine, des adhérences pelviennes qui permettent de diagnostiquer une inflammation pelvienne plus ou moins ancienne. Il arrive même plus souvent qu'on ne pense que ces attaques d'inflammation péri-utérine se produisent presque à l'insu des malades, si bien que le gynécologiste qui en constate les reliquats sous forme de brides cicatricielles, de déviations adhérentes, etc., ne peut obtenir aucun renseignement précis sur l'époque à laquelle remonte le début des accidents.

Il est incontestable que beaucoup de cas ne présentent jamais de gravité, que beaucoup d'autres cas aussi, après une période orageuse, pendant laquelle le pronostic doit être réservé, prennent un caractère évident de bénignité. Cela tient à ce que, à moins de réinfections secondaires, l'infection pelvienne s'atténue peu à peu sur place, si bien que, dans les suppurations anciennes n'ayant subi aucune réinfection récente, les opérateurs peuvent presque impunément déchirer les parois de l'abcès et laisser tomber le pus dans le péritoine ; il se fait de la péritonite adhésive localisée ; la malade ne guérit pas, mais elle ne meurt pas non plus. Dans les suppurations récentes ou récemment ravivées au contraire, la rupture de l'abcès est suivie d'une péritonite toujours grave et quelquefois mortelle. C'est un argument de plus pour ne pas se hâter trop d'intervenir dans les suppurations du bassin.

La connaissance des réinfections consécutives, surtout dans les cas d'infection blennorrhagique, doit également amoindrir la gravité du pronostic, puisqu'il dépend du médecin, dans la plupart des cas tout au moins, de mettre la malade à l'abri de ces réinfections en interdisant formellement les rapprochements du mariage jusqu'à parfaite guérison du mari.

Les réinfections instrumentales, dont on voit encore malheureusement des exemples, diminueront de plus en plus à mesure que la pratique de l'asepsie sera plus rigoureuse dans l'examen des malades, et de ce côté le progrès peut être considérable en peu de temps.

Enfin, si dans la période de thérapeutique expectante, le pronostic était relativement bénin, il est juste de dire que le pronostic doit être encore atténué maintenant que nous connaissons mieux la pathogénie (c'est-à-dire l'infection de l'utérus), les causes d'aggravation (c'est-à-dire les réinfections secondaires), maintenant surtout que, au lieu d'assister impuissants à l'évolution naturelle des accidents, nous sommes admirablement armés pour lutter contre eux et pour les prévenir, et même pour en faire disparaître les dernières traces, les reliquats ultimes.

Il faut en effet tenir un grand compte des progrès récents de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice qui, sans mutiler inutilement les femmes, sait désinfecter l'utérus, évacuer au besoin par les voies naturelles ou autrement les collections purulentes, rompre les adhérences des organes pelviens et restituer à l'utérus sa mobilité normale, etc. Cette gynécologie médico-chirurgicale conservatrice que nos prédécesseurs auraient trouvé trop audacieusement active et qui cependant est exempte de tout danger permet presque toujours d'obtenir une guérison complète sans mutilations inutiles; elle doit donc contribuer pour une forte part à diminuer la gravité du pronostic des inflammations pelviennes.

Traitement. — On peut classer, au point de vue histologique, les diverses méthodes de traitement des inflammations et des suppurations pelviennes de la façon suivante :

1° Période médicale ou période expectante.

2° Période laparotomique.

3° Période hystérectomique.

4° Période médico-chirurgicale conservatrice.

Nous allons passer en revue ces quatre périodes, en nous bornant, bien entendu, à une esquisse rapide, nous réservant de discuter plus tard tous les détails que comporte la question, suivant le siège et la nature des lésions.

1° Période médicale ou période expectante. — Le traitement des inflammations pelviennes, quel que fût leur siège,

était, jusqu'en ces dernières années, à peu près uniquement médical ; il était même exclusivement médical tant qu'on ne constatait pas une suppuration bien évidente, et voici sur quelles bases il reposait alors :

Sur la paroi abdominale, on appliquait, tout à fait au début, et seulement pendant les exacerbations aiguës, une douzaine de sangsues ; plus tard, les cataplasmes laudanisés, les vésicatoires volants fréquemment renouvelés, les frictions d'onguent mercuriel simple ou belladonné, les pommades résolatives à l'iodure de plomb et à l'iodure de potassium, etc., complétaient le traitement.

On conseillait la diète lactée au début ; une alimentation plus réparatrice n'était permise que dans les cas chroniques.

La morphine en injections sous-cutanées permettait de combattre la douleur ; la quinine était donnée contre la fièvre ; les toniques : champagne, potion de Todd, vin de quinquina, préparations ferrugineuses, préparations de phosphate de chaux, huile de foie de morue, etc., trouvaient leur indication dans les périodes apyrétiques de l'affection. Enfin, les préparations eupéptiques, les purgatifs salins étaient administrés suivant l'état des voies digestives.

A cela se bornait à peu près tout le traitement des phlegmasies péri-utérines non suppurées. Il y avait surtout une règle absolue que personne n'osait enfreindre, c'était de ne toucher sous aucun prétexte à l'utérus, sous peine d'aggraver la situation de la malade et même de voir survenir une péritonite généralisée. Quelques cas malheureux, publiés par les auteurs, semblaient devoir justifier cette proscription de toute thérapeutique utérine. Cependant, depuis une dizaine d'années, on employait les injections vaginales d'eau chaude prolongées dont Emmet (de New-York) avait démontré la valeur comme moyen résolutif des exsudats pelviens. C'est à peine si, dans les périodes chroniques des phlegmasies péri-utérines, les gynécologistes se permettaient d'avoir recours aux pansements osmotiques et aux saignées ou aux scarifications du col de l'utérus. On était loin de penser qu'un jour viendrait où il

serait possible sans témérité de pratiquer la dilatation forcée du col et le curettage de la cavité utérine pour vider une collection tubaire et pour arrêter l'extension d'une infection péri-utérine.

Lorsque toute trace de l'inflammation péri-utérine avait disparu — et la guérison complète était fréquente, avec l'emploi de ces moyens simples — on s'occupait de l'utérus et les gynécologues bien avisés faisaient telle intervention que l'état local nécessitait pour mettre les malades à l'abri d'une récurrence.

On n'intervenait donc jamais chirurgicalement — ou presque jamais — contre l'inflammation pelvienne, tant que celle-ci n'était pas nettement suppurée. Si la suppuration semblait manifeste, tantôt on se contentait d'attendre l'ouverture spontanée de l'abcès pelvien dans le rectum ou le vagin, tantôt on le vidait, par le vagin de préférence, à l'aide de l'aspirateur, ou bien on l'ouvrait, par la même voie, avec le bistouri ou le thermo-cautère, et on pratiquait le drainage et les irrigations jusqu'à ce que la suppuration fut tarie.

2° *Période laparotomique.* Telle était, brièvement résumée, la thérapeutique des pelvipéritonites et des pelvicellulites, lorsque, en 1883, Lawson Tait vint révolutionner cette partie de la gynécologie. Il démontra que les inflammations des annexes étaient fréquentes, il les présenta comme d'une gravité sérieuse, il prouva enfin qu'on pouvait ouvrir le ventre, inciser le péritoine, enlever les trompes et les ovaires sans avoir une mortalité considérable. Servi par une dextérité manuelle tout à fait hors de pair, il obtint, par la salpingotomie, des résultats brillants, et bientôt l'opération qu'il avait inventée faisait le tour du monde.

L'enthousiasme fut grand tout d'abord, et, en France en particulier, la vogue de l'ablation des annexes avait atteint son apogée au moment de la discussion de la Société de chirurgie (novembre à décembre 1888). D'après les chiffres cités alors par MM. Routier, Trélat, Lucas-Championnière, Quénu,

Richelot, Terrier et Terrillon, on trouvait 98 opérations avec 11 morts, soit environ 11,22 % de mortalité.

M. Delbet (1) a réuni 219 cas, dans son traité récent des suppurations pelviennes :

Ces 219 cas, traités par la laparotomie, ont donné 175 guérisons ; 26 morts ; 18 résultats inconnus. Si on retranche ces 18 résultats inconnus, il reste 201 faits avec 26 morts, soit une mortalité de 14,86 %.

Il est donc incontestable que, sans être très élevée, la mortalité de la salpingotomie n'est cependant pas négligeable, et nous avons bien le droit de dire que les résultats immédiats ne sont pas excellents, surtout si l'on songe que parmi ces cas, un certain nombre tout au moins ont été soumis à l'intervention radicale pendant la période d'enthousiasme pour la laparotomie, alors que maintenant on n'opère plus indistinctement tous les cas observés, l'expérience ayant appris que la guérison spontanée est plus fréquente qu'on ne croyait.

Quant aux résultats éloignés, on sait maintenant que les douleurs persistent quelquefois après la laparotomie, alors même qu'il n'y a pas de récurrence ; la récurrence a été observée chez certaines malades, bien que l'ablation des annexes eût été complète, la réinfection du péritoine tubaire, enfin, quand il y a eu rupture de la poche salpingienne pendant l'opération, il reste souvent des adhérences plus ou moins étendues qui empêchent la marche et occasionnent des douleurs plus ou moins vives.

3^e Période *hystérectomique*. — Après avoir constaté les causes d'insuccès que nous venons d'exposer, M. Péan a pensé qu'on obtiendrait des guérisons plus certaines et plus complètes en remplaçant l'ablation des annexes par l'ablation de l'utérus par la voie vaginale, aussi s'est-il efforcé de substituer de parti pris la castration utérine à la castration tubo-ovarienne. M. Segond a apporté à l'opération de Péan le concours de son talent de vulgarisation, et il a vaillamment défendu la cause de l'hystérectomie vaginale, d'abord devant la Société de chi-

1) Loc. cit., p. 387.

rurgie, puis au Congrès international de gynécologie de Bruxelles.

Il est vrai que grâce au manuel opératoire imaginé par M. Péan, grâce à l'instrumentation qu'il a créée pour permettre le morcellement de l'utérus et pour assurer l'hémostase pendant et après l'opération, l'hystérectomie vaginale est d'une exécution relativement facile. Il est vrai aussi qu'elle est la ressource suprême contre les récidives après laparotomie et dans les suppurations du bassin avec fistules intarissables.

Néanmoins la castration utérine ne saurait être proposée comme méthode unique de traitement des inflammations et des suppurations pelviennes :

a) parce que c'est une opération dont la mortalité est relativement élevée, puisque, sur 102 hystérectomies (dont 55 seulement pour lésions suppuratives, et 47 pour lésions non suppuratives) M. Segond (1) a eu 11 morts, ce qui fait 10,7 % de mortalité ;

b) parce que cette opération peut être remplacée, dans presque tous les cas, par l'antisepsie intra-utérine et l'évacuation des collections purulentes, sans ablation de l'utérus ni des annexes, à l'aide des divers procédés de la gynécologie conservatrice ; souvent même, lorsque la suppuration est ancienne et que le pus s'est stérilisé sur place, l'antisepsie intra-utérine associée au massage pelvien suffit à assurer la guérison.

La castration utérine est actuellement dans sa période de gloire, comme l'opération de Lawson Tait a eu la sienne, mais on en arrivera de plus en plus à restreindre les indications des grandes interventions, dans les cas d'inflammations et de suppurations pelviennes, et nous voyons déjà l'orientation des esprits réfléchis se faire très nettement vers la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice.

4^e Période *médico-chirurgicale conservatrice*. — Les raisons qui militent en faveur de la thérapeutique conservatrice

(1) Rapport sur les suppurations pelviennes au Congrès international de gynécologie de Bruxelles.

des inflammations et des suppurations pelviennes se résument dans les trois propositions suivantes : *a)* Le danger de l'expectation serait peut-être moindre que celui de l'intervention radicale ; — *b)* Dans un certain nombre de cas, les fonctions de reproduction ne sont pas abolies d'une façon irrémédiable ; — *c)* La thérapeutique conservatrice, actuellement très bien armée contre les inflammations pelviennes, permet, dans presque tous les cas, une guérison complète et durable.

Je ne puis insister, en ce moment, sur les deux premiers arguments que j'ai l'intention de développer, comme ils le méritent, dans un autre travail mais il est indispensable de montrer ici les progrès considérables que la gynécologie conservatrice a faits, dans ces dernières années.

Il est en effet une opinion erronée, volontiers propagée par les chirurgiens qui s'en font une arme redoutable contre la gynécologie conservatrice, qu'on ne peut laisser subsister dans l'esprit du public médical. On voudrait faire croire à tous que tandis que la grosse chirurgie est venue révolutionner le traitement des affections génitales de la femme, ceux des gynécologistes qui ont résisté à la fureur opératoire et à la vogue des mutilations de l'utérus et des annexes en sont restés toujours à la thérapeutique expectante des médecins gynécologues de l'époque d'Aran, de Bernutz et Goupil, ou tout au moins à la thérapeutique anodine de Gallard et de Martineau. On proclame à chaque instant que le traitement conservateur a échoué complètement et que l'ablation des organes s'impose comme dernière ressource, alors qu'on s'est contenté de soumettre la malade pendant un temps plus ou moins long au repos, aidé de quelques injections antiseptiques, de quelques applications de révulsifs sur la paroi abdominale, de l'administration interne de quelques calmants.

Non, il y a autre chose à faire que ce que les chirurgiens appellent le traitement médical, avant de se résoudre à mutiler une femme, sous le prétexte qu'elle ne peut pas guérir sans cela et que ses organes génitaux sont inaptes à la conception. On voit au contraire chaque jour des malades recou-

vrer la santé après s'être refusées à la castration qu'on leur présentait comme la seule chance de salut ; on voit de même plus souvent qu'on ne le pense des femmes devenir enceintes, porter à terme et accoucher heureusement, malgré le pronostic de stérilité incurable porté par un interventionniste à outrance.

Non, les gynécologistes conservateurs ne se bornent pas à assister, impuissants, à l'évolution fatale des inflammations utéro-pelviennes. Ils savent traiter avec énergie les premières manifestations de l'infection des voies génitales, ils savent désinfecter à fond la vulve, le vagin, exciser les ectropions, restaurer la muqueuse du canal cervical, guérir l'endométrite au moyen du curettage si l'antisepsie ne peut être obtenue autrement et ils évitent ainsi, quand ils sont consultés en temps opportun, les propagations inflammatoires aux annexes, au péritoine et au tissu cellulaire du bassin. Consultés un peu plus tardivement, ils savent, s'il y a une salpingite de moyenne intensité, non encore kystique, arrêter l'inflammation des annexes et obtenir la résolution par le curettage, la dilatation forcée de l'utérus et le drainage par les voies naturelles. Ils interviennent en pleine infection, si le danger semble pressant et ils coupent court aux complications ultérieures. Une collection purulente de quelque importance s'est-elle formée dans le petit bassin, ils n'hésitent pas à aller à sa recherche et à l'évacuer, appliquant les principes de la chirurgie générale qui dit qu'on doit vider les abcès en les ouvrant au point le plus déclive et qui se glorifie à juste titre de guérir les abcès même les plus étendus sans avoir besoin d'enlever le membre ou l'organe qui est le siège de l'abcès. Ils savent enfin manier habilement, patiemment et prudemment les organes pelviens, étirer, rompre et faire résorber les adhérences qui maintiennent ces organes en position vicieuse et les ankylosent ; pour cela, le massage pelvien dont ils ont fait une étude longue et ardue, leur suffit pleinement alors que les chirurgiens déclarent ne pouvoir libérer les adhérences que sous le contrôle de la vue, à l'aide de l'ouverture du ventre. Alors que la

chirurgie générale obtient des succès de plus en plus éclatants à l'aide du massage des articulations, même dans les vieilles tumeurs blanches, dans les ankyloses fibreuses, les chirurgiens ne veulent pas comprendre l'utilité du massage pelvien et n'osent pas s'y exercer !

Ce sont les gynécologues qui ont appris aux chirurgiens le curettage, ce sont les mêmes gynécologues qui leur ont appris la dilatation et le drainage de l'utérus ; ce sont eux aussi qui leur démontrent que l'évacuation des collections pelviennes donnent, sans faire courir aux malades le danger des grosses mutilations, des résultats très satisfaisants ; ce sont eux seuls enfin qui ont jusqu'à présent employé le massage pelvien que les chirurgiens se gardent d'appliquer.

La gynécologie médico-chirurgicale conservatrice est admirablement armée actuellement contre les inflammations et les suppurations pelviennes. Qu'on cesse donc désormais de parler de médecine expectante en gynécologie. La thérapeutique expectante des maladies des femmes est aujourd'hui de l'histoire ancienne. Il n'y a plus en face les uns des autres que, d'une part, des chirurgiens portés par tempérament et par entraînement opératoire à négliger tout traitement jusqu'à ce qu'une mutilation soit acceptée comme dernière ressource, et d'autre part des gynécologues qui ont emprunté à la chirurgie générale ses méthodes thérapeutiques, qui savent pratiquer la désinfection utérine, traitement prophylactique des inflammations pelviennes ; qui font très habilement et très complètement les opérations nécessaires, proportionnant la gravité de leur intervention à celle du cas à traiter, et sachant guérir sans mutiler.

En somme, il est opportun dans l'intérêt des malades et de la gynécologie elle-même, que les chirurgiens qui tiennent à se dire gynécologues daignent apprendre à utiliser les procédés de la gynécologie médico-chirurgicale conservatrice.

DES MÉTHODES D'ÉVACUATION SIMPLE **appliquées au traitement des pyosalpyngites et des** **collections liquides du pelvis (1),**

Par M. le Prof. VULLIET.

Voici deux ans que je n'ai plus eu recours ni à l'hystérectomie, ni à la laparotomie pour des suppurations pelviennes.

Pendant ces deux années, j'ai appliqué à tous ces cas, au nombre de 18, une méthode très simple à laquelle j'ai été initié à la clinique de Landau lors du congrès de Berlin. Cette méthode ne m'a donné ni un accident, ni un échec, et, parmi les malades que j'ai pu suivre, je n'ai pas constaté une récurrence. Aussi je ne crois pas, comme le rapporteur, qu'il n'y ait plus, pour guérir les suppurations pelviennes, que deux méthodes en concurrence, la laparotomie et l'hystérectomie. Que le pus pelvien existe dans des poches de nouvelle formation, il est susceptible d'être évacué comme ailleurs par les moyens ordinaires, c'est-à-dire par ponction, incision, lavage et drainage des poches.

Landau a publié ses résultats qui sont remarquables et les miens les confirment d'une façon absolue. La paracentèse constitue la base fondamentale de mon traitement habituel et le plus souvent je n'ai pas besoin de recourir à d'autres moyens.

Il est évident que si j'ai affaire à de vastes abcès, nettement fluctuants, siégeant sous la paroi, je n'hésite pas à les inciser d'emblée, sur le point où ils font saillie. Ces collections s'opèrent comme l'hématocèle suppurée, mais ce n'est pas d'elles qu'il s'agit ici.

Les collections pour lesquelles l'hystérectomie et la laparotomie peuvent entrer en concurrence sont, en majorité, des pyosalpyngites. Or, le sac ou les sacs purulents de la pyosalpyngite se trouvent ordinairement soit d'emblée, soit par suite d'adhérences, sinon contigus à l'utérus, du moins très rapprochés de celui-ci. Les collections ont sur une certaine étendue des parois mitoyennes

(1) Congrès de gynécologie, Bruxelles, 1892.

avec l'utérus et avec le plancher pelvien. Ces parois sont ordinairement le résultat d'un adossement produit par les adhérences qu'a déterminées la pelvipéritonite péritubaire.

Dans la règle, ces adhérences sont solides et nombreuses parce que l'on a affaire à de vieilles collections qui se sont établies par poussées inflammatoires successives.

Quant au pus, il a ordinairement perdu une grande partie de sa virulence, comme le montre l'innocuité relative des ruptures des poches dans le cours de l'ablation des annexes par la laparotomie.

Le fait qu'il existe des adhérences solides et épaisses explique comment il devient possible de pratiquer des ponctions par voie vaginale sans s'égarer à droite et à gauche dans la cavité péritonéale, et la qualité du pus explique pourquoi le liquide montre si peu de tendance à se reproduire.

Une ponction aseptique est un traumatisme anodin. Il m'est arrivé de ponctionner sans résultat jusqu'à trois reprises avant d'arriver dans le foyer : je n'ai jamais eu d'accident.

Dans le début j'ai vu plus fréquemment que maintenant la reproduction du liquide. Cela tenait, comme j'ai pu m'en convaincre ultérieurement, à ce que je croyais avoir évacué tout le pus, alors que je n'avais ponctionné qu'un diverticule ou une poche, en laissant d'autres intactes.

Depuis que je suis averti et que j'explore mieux, ou bien je fais toutes les ponctions d'emblée ou bien je les réserve pour une autre séance ; mais je n'attribue plus à la reproduction du pus, l'omission de poches déjà existantes lors de la première ponction.

J'arrive maintenant à la technique opératoire. Même désinfection que s'il s'agissait d'une hystérectomie ou d'une laparotomie.

La malade étant dans la position sacro-dorsale, je me place sur le côté que je vais ponctionner et je fais passer sa jambe par-dessus ma tête, de façon que cette jambe repose sur mon épaule et que le torse et le bassin s'inclinent du côté opposé. Je signale ce décubitus parce qu'il dégage mieux qu'aucun autre la région à explorer.

La respiration étant tranquille et bien rythmée, la main externe descend en dedans de l'aire du bassin en même temps que deux

doigts de la main qui touche, remontent le long des plans de la symphyse sacro-iliaque. Les deux mains finissent par se sentir l'une l'autre, enserrant entre elles tout ce qui peut se trouver dans les annexes. Alors commence la palpation minutieuse qui permettra de découvrir la région fluctuante. Une fois qu'elle est découverte je fais placer la main de mon assistant sous ma main extérieure et je renouvelle les pressions jusqu'à ce que j'aie à travers sa main la sensation que j'enserme bien la tuméfaction d'une façon bipolaire. Alors mon assistant continue seul la pression et prend à son tour la jambe de la malade sur son épaule.

Sans quitter de la main qui touche le point précis où je vais ponctionner, je me place devant la malade, et, saisissant le trocart, je le plonge dans la tuméfaction, en visant le point où appuient les doigts de mon aide.

Pendant l'écoulement du liquide, on continue les pressions pour en amener l'expulsion complète. Nous profitons aussi de ce moment pour ensemer des tubes à culture qui nous renseigneront sur le degré de virulence du liquide.

Si je ne vois pas sortir de liquide, je vérifie si le trocart a bien pris la bonne direction, pour ponctionner un autre point quand j'ai des raisons de croire que j'ai manqué le but.

Il est évident qu'on peut passer deux ou trois fois à côté de la poche, car ces collections sont souvent fort petites, surtout lorsqu'elles sont multiples. Les difficultés techniques sont certainement plus grandes que si les collections étaient superficielles et toujours uniques ; mais ces difficultés sont loin de pouvoir arrêter un gynécologiste familiarisé avec la palpation bimanuelle.

Si au bout de dix à quinze jours le liquide s'est reproduit, je ponctionne à nouveau, mais cette fois, l'évacuation étant achevée, j'injecte, à plusieurs reprises, 5 à 10 centimètres cubes de solution de sublimé au 1/1000^e dans la poche, en la malaxant, de façon à en bien mettre les parois en contact avec le liquide antiseptique.

Si le liquide se reproduit une troisième ou une quatrième fois, j'ai recours à l'incision et au tamponnement de la poche avec la gaze iodoformée.

Je me sers pour cela d'un couteau semblable à l'urétrotome, ter-

miné sur le côté opposé à la lame par un petit anneau ouvert qui s'adapte sur le trocart. Dès que le pus s'écoule, je ferme le robinet du trocart, et, découvrant le champ opératoire avec des écarteurs, l'utérus étant fixé par une pince, je fais glisser le couteau sur le trocart jusque dans le sac. Il va sans dire qu'il faut diriger la lame de façon à épargner la région des vaisseaux ou tous autres points où l'on a constaté des pulsations.

Sur mes 18 cas, je n'en ai eu que 3 dans lesquels j'ai dû avoir recours à l'incision et au drainage et ils ont guéri comme les autres.

On a accusé la ponction des pyosalpingites d'être une opération aveugle. Elle ne l'est pas pour ceux qui ne sont pas terrorisés par une crainte toute théorique et pour ceux qui ont l'habitude de ce genre de manœuvres.

Du reste, personne ne se dissimulera qu'il faut aussi faire beaucoup de choses à tâtons dans le cours d'une laparotomie ou d'une hystérectomie pratiquée dans un cas de suppuration pelvienne. Ni l'une ni l'autre ne permettent des opérations à découvert et bien réglées.

Concurremment avec la partie opératoire du traitement, j'ai également employé la médication antiphlogistique et résolutive, le massage par exemple, mais je n'attribue à ces moyens qu'un rôle accessoire.

A propos de ces moyens accessoires, je dirai, d'accord avec l'honorable rapporteur, que je ne crois pas au drainage utérin par le tamponnement pour vider des collections purulentes des trompes.

Personne ne pouvait être mieux disposé que moi à étendre les applications de la méthode de dilatation par le tamponnement. J'ai donc voulu imiter Doléris et n'ai réussi qu'à rallumer parfois de vieux foyers inflammatoires. A mon avis, cette thérapeutique n'est ni prudente, ni efficace et je continue à croire qu'il ne faut pas taquiner un utérus, dans les annexes duquel il se trouve du pus.

En présence des résultats excellents, confirmatifs de ceux de Landau, que m'a donnés depuis deux ans cette méthode qui n'exige aucun sacrifice inutile des organes pelviens, je dirai, contrairement au rapporteur, et en retournant une de ses phrases :

« Si l'hystérectomie et la laparotomie doivent rester limitées dans leurs applications à des cas exceptionnels, il en est tout autrement pour la méthode d'évacuation simple, qui constitue, dans la majorité des cas, le traitement de choix des suppurations pelviennes. »

(*Gazette méd. de Paris.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 octobre 1892

HERNIE ENKYSTÉE DE LA GRANDE LÈVRE

M. BERGER. — Parmi les hernies congénitales chez la femme, quelques variétés sont fort rares et même exceptionnelles. En voici un exemple, que je viens d'observer : ma malade, âgée de 45 ans, portait, depuis l'âge de 26 ans, une hernie de la grande lèvre gauche incomplètement irréductible. Après avoir largement incisé la paroi antérieure du canal inguinal, j'ai aperçu tout d'abord une membrane ayant l'aspect du tissu dartloïque, sillonnée de grosses veines et remontant jusque dans l'abdomen ; c'était la paroi d'une grande cavité kystique, étendue de la grande lèvre à l'orifice interne du canal ; à la partie postérieure existait une masse dure, lisse et adhérente aux tissus sous-jacents, qui n'était autre chose que de l'épiploon renfermé dans un sac ; ce dernier, incisé et séparé de ses adhérences profondes et internes avec le ligament rond en particulier, j'ai réséqué l'épiploon et traité le sac comme d'ordinaire, en terminant par des sutures profondes et superficielles.

L'intérêt de ce fait réside dans l'existence d'une grande cavité kystique close, située en avant d'un sac herniaire contenant de l'épiploon. Son origine congénitale est incontestable et démontrée par la présence des grosses veines situées à sa surface, par le siège de la poche kystique et par les adhérences avec le ligament rond et avec les parties postérieures. Ces dispositions anatomiques ne peuvent s'expliquer que par une oblitération incomplète du canal de Nuck, dont les exemples, sans être très fréquents, s'observent de temps à autre ; la partie périphérique persiste à l'état de cavité

kystique et la partie supéro-postérieure devient l'origine de la hernie.

Ces hernies enkystées, au point de vue de leur mécanisme et de leur formation doivent être assimilées à celles que l'on observe assez souvent chez les hommes lors du processus d'oblitération du conduit vagino-péritonéal. Elles ne sont, en réalité, qu'une variété rare des hernies de la grande lèvre ; je crois cette coexistence d'un sac herniaire et d'un épanchement liquide très peu fréquent, l'oblitération incomplète du canal de Nuck étant ordinairement suivie de ce que l'on a décrit sous le nom d'hydrocèle de la femme. Comme cas analogue au mien, je n'en connais que deux, rapportés par Weixelmans.

M. RECLUS. — Tel était le diagnostic que j'avais porté, il y a quelque temps, sur une malade atteinte d'une énorme tuméfaction de la grande lèvre ; or, l'incision de la paroi a d'abord donné issue à une quantité considérable de liquide et, celui-ci évacué, j'ai trouvé au fond de la poche, une masse épiploïque. C'était donc un cas analogue à celui que vient de citer M. Berger.

M. ROUTIER. — J'en ai également observé deux exemples ; dans l'un de ces cas j'ai trouvé, outre le liquide, de l'épiploon renfermé dans un sac, dont la partie supérieure correspondait au trajet inguinal ; à ce niveau se trouvait une anse intestinale étranglée par un rétrécissement du sac, dont la moitié inférieure contenait de l'épiploon. Chez ma deuxième malade, le kyste, de la grosseur du poing, contenait un liquide séreux ; son énucléation fut très facile ; derrière lui se voyait un sac herniaire à l'extirpation duquel on ne consentit pas.

M. TUFFIER. — Il y a trois ans, en opérant, chez une femme de 25 ans, une semblable tumeur, j'ai constaté qu'elle était constituée par un kyste séreux, par un cordon fibreux remontant vers l'abdomen et au-dessus par une hernie étranglée.

(Bull. méd.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX.

Procès-verbal officiel de la séance du 21 octobre 1892.

HYDROSALPYNX. — PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DUEOURG. — Ces jours-ci entrant dans mon service, à l'hôpital Saint-André, une femme de quarante à quarante-six ans, pour une

réten tion d'urine. Cette femme a eu deux enfants et depuis le dernier des troubles abdominaux et de fréquentes métrorrhagies. Avant le cathétérisme de la vessie, on trouve sur le tiers inférieur du ventre, au niveau de la vessie, une tumeur fluctuante, du volume d'une grosse poire, étalée, et qui n'est autre que la vessie distendue. Le toucher vaginal, après le cathétérisme, permet de constater la déviation du col utérin en avant et à droite, un petit fibrome de la corne utérine droite, une tumeur en arrière, volumineuse, remplissant tout le cul-de-sac postérieur et paraissant absolument solide et fixée dans le ligament large du côté gauche, appréciable au toucher rectal. Nous portons le diagnostic de fibrome inclus dans le ligament large du côté gauche. Un de mes confrères émet l'idée d'un hémato cèle, peut-être d'un début de kyste de l'ovaire ; bref, nous décidons la laparotomie.

L'abdomen étant incisé, je trouvai sur la corne utérine, à droite, le petit fibrome dont j'avais constaté la présence au toucher ; la trompe est hypertrophiée, du volume du doigt, l'ovaire aplati ; ces annexes sont rapidement enlevées. A gauche, nous trouvons la tumeur principale transparente, ayant la forme d'une cornemuse et du volume des deux poings. Aucune trace de l'ovaire. C'est, je crois bien, une hydrosalpinx volumineuse.

M. ANDRÉ BOURSIER. Il y a généralement une grande difficulté à distinguer une tumeur solide d'une tumeur liquide, le mode d'intervention est le même et je ne puis que féliciter M. Dubourg du choix de l'opération et de son succès. Les tumeurs liquides de la trompe atteignent rarement ce volume, on en a vu cependant arriver à 1,200 grammes. Je me demande si cette substance épaisse qu'on aperçoit sur la tumeur n'est pas l'ovaire déployé ; dans la négative, nous aurions un hydrosalpinx ; si, au contraire, c'est l'ovaire, nous nous trouverions en présence d'un de ces kystes tubo-ovariens qui par leur développement peuvent imiter un kyste de l'ovaire.

M. TPONUART. — M. Dubourg pourrait-il nous dire si sa malade a fait récemment une fausse couche ou si elle a contracté une blennorrhagie ; car il serait très intéressant de savoir si nous avons du liquide de rétention ou un liquide infectieux ; cette distinction aurait une grande importance pour le pronostic dans le cas où la poche se serait rompue dans l'abdomen.

M. DUBOURG. — Il est évident qu'à la campagne cette femme, à la

suite de son accouchement, n'a pas pris de précautions antiseptiques ; de là, sans doute un début de salpingite qui s'est accompagné des lésions que nous avons observées. Cependant, l'absence de phénomènes inflammatoires aigus me fait supposer que ce liquide n'est pas infectieux ; l'examen au microscope, du reste, nous renseignera à ce sujet. Quant aux troubles urinaires, c'était simplement des troubles de voisinage dus à la compression de la vessie par cette tumeur.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

CONGRÈS POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(21^e Session tenue à Pau du 16 au 22 septembre 1892)

DE L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ CHEZ LES CYPHOTIQUES.

Il ressort de la communication de M. DELTHIL que, lorsqu'un premier accouchement a nécessité l'embryotomie, de même que lorsqu'on se trouve en présence d'une dystocie évidente chez une primipare, la provocation de l'accouchement est indiquée dans la grossesse suivante. Il faut alors, aussitôt que la dilatation est complète, appliquer le forceps au détroit supérieur, et cela sans tarder ; on plonge aussitôt l'enfant dans un bain à 40° pendant une demi-heure, jusqu'à ce que sa température soit relevée, et qu'il respire bien.

Comme il est généralement difficile en même temps que dispendieux de se procurer une couveuse, on peut, ce qui revient à peu près au même, placer l'enfant enveloppé d'ouate dans une chambre chauffée à 22°. La couveuse offre de plus un autre inconvénient : comme elle est chauffée à 34°, l'enfant se refroidit quand on l'en fait sortir pour les tétées.

(*Rev. Gén. de Chir. et de Thérap.*)

NOUVELLE MÉTHODE DE RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS DE L'UTÉRUS.

CHALOT (Toulouse). — J'ai imaginé une nouvelle méthode de raccourcissement des ligaments ronds de l'utérus qui a le double avantage de rendre certain le but même de l'opération et de guider le chirurgien dans la technique opératoire. Elle se distingue de l'opération usuelle d'Alexander, qui est ainsi simplifiée en ce que :

1° J'ouvre le canal inguinal sur presque toute sa longueur, quatre centimètres environ. De cette façon je trouve toujours, et avec la plus grande facilité, toute l'épaisseur du ligament rond même chez les femmes grasses ;

2° Je dissèque profondément chaque ligament, jusqu'au delà de l'anneau inguinal interne. Souvent même je pénètre dans la cavité péritonéale ;

3° Je ne redresse pas l'utérus pendant l'opération ;

4° J'exerce une traction énergique, maximum, sur les deux ligaments, afin d'amener la réduction directe ;

5° Je fixe chaque ligament à l'aide de sutures dans toute l'étendue du canal inguinal ;

6° Les malades ne portent point de pessaire après l'opération, puisqu'il est inutile.

Six malades atteintes de rétroflexion douloureuse réductible ou réduite ont été opérées d'après ce manuel. Les suites opératoires ont été excellentes. L'utérus se maintient redressé depuis 14 mois chez la plus ancienne opérée et les autres malades sont opérées depuis trop peu de temps pour que je puisse assurer que le succès est définitif.

En résumé, la transformation que j'ai fait subir à l'opération d'Alquié-Alexander est d'un intérêt pratique considérable et les résultats que j'ai obtenus sont parfaitement encourageants. (*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE LONDRES.

DE LA VALEUR DE LA LAPAROTOMIE DANS LA PÉRIONITE PELVIENNE.

M. CULLINGWORTH a fait à l'*Obstetrical Society* de Londres une communication sur la valeur de la laparotomie dans la péritonite pelvienne. Suivant lui, l'intervention chirurgicale est indiquée dans la grande majorité des cas et donne généralement de bons résultats. M. Cullingworth a eu l'occasion de faire une cinquantaine de fois la laparotomie dans de semblables conditions : 20 fois pour des salpingites suppurées, 12 fois pour des salpingites non suppurées, 2 fois pour des tuberculoses de la trompe de Fallope, 3 fois pour des abcès pelviens dont le siège n'a pu être déterminé, 1 fois pour un kyste pédonculé rétropéritonéal renfermant

un abcès dans ses parois, 1 fois pour un abcès tuberculeux de la paroi abdominale compliqué de ganglions tuberculeux dans le mésentère et de tuberculose péritonéale, 2 fois pour un hémato-cèle, 3 fois pour un hémato-salpinx avec hémato-cèle, 1 fois pour un hématome du ligament large, 1 fois pour des kystes du ligament large, 2 fois avec ovarite, 1 fois avec hydro-salpinx, 1 fois pour une péritonite enkystée, 1 fois enfin pour un utérus fibreux rétro fléchi. Il existait de la péritonite pelvienne dans tous ces cas, sauf dans le dernier.

Les conclusions que M. Cullingworth tire de l'examen de ses différentes interventions sont les suivantes :

1° Les attaques répétées de péritonite pelvienne doivent faire craindre chez la femme une affection chronique des annexes de l'utérus ;

2° Les collections purulentes du petit bassin, plus fréquentes qu'on ne le croit, donnent souvent lieu à de la péritonite pelvienne ;

3° L'intervention chirurgicale est indiquée quand on trouve de l'empâtement dans le quart postérieur du petit bassin ; plus l'intervention sera précoce, plus elle sera bienfaisante ;

4° L'accumulation du pus dans les trompes, dont l'orifice utérin s'oblitére si facilement, est un continuel danger ; il faut au plus tôt opérer les salpingites purulentes ;

5° La salpingite évoluant parfois sans douleur, il peut arriver qu'elle s'ouvre dans le péritoine sans que la malade ne ressente rien ; l'ouverture n'est soupçonnée qu'après le développement d'une péritonite ;

6° Il vaut mieux opérer les salpingites par l'abdomen plutôt que par le vagin ;

7° Les kystes suppurés tubo-ovariens ont pour origine une ulcération de la paroi de la trompe plus souvent qu'une ulcération de la paroi ovarienne ;

8° Les résultats immédiats sont plus satisfaisants après des opérations complètes qu'après des opérations partielles ;

9° Un des principaux dangers de l'opération est la difficulté de reconnaître parfois la trompe malade au milieu d'adhérences anciennes et la possibilité de prendre pour la trompe une anse intestinale ;

10° Les douleurs qui persistent après l'opération sont dues à des

adhérences intestinales ou sont sous la dépendance d'un état nerveux ;

11° Les salpingites chez les vierges sont généralement tuberculeuses ;

12° L'hydrosalpinx, dans la majorité des cas, n'est qu'une variété de kyste par rétention, formé par suite de l'oblitération de l'orifice utérin de la trompe ;

13° Il se fait parfois, dans les cas de péritonite pelvienne, un épanchement de sérum plus ou moins abondant au-dessous du péritoine qui recouvre la trompe et l'ovaire. Cet épanchement peut être assez volumineux et simule un kyste. Le meilleur traitement dans les cas de ce genre est la simple ponction ; une intervention plus complète est dangereuse ;

14° L'hématosalpinx est généralement due à une grossesse tubaire avec apoplexie ovarienne ; c'est parfois cependant un accident survenant dans le cours d'une salpingite chronique. Dans ce dernier cas les parois de la trompe, au lieu d'être amincies comme dans la grossesse tubaire, sont épaissies.

M. JOHN WILLIAMS fait remarquer que l'intervention par le vagin est, dans certains cas, plus facile que la laparotomie. Les résultats immédiats de l'intervention chirurgicale sont favorables ; il y a cependant une mortalité assez élevée quand il s'agit d'affections anciennes avec adhérences nombreuses. Il n'est pas facile de suivre toutes les malades qui ont été opérées, mais quand on cherche à le faire, on constate qu'il n'y en a guère que 30 % qui soient réellement guéries après l'opération, que la plupart souffrent encore longtemps après, qu'elles finissent cependant par guérir par des moyens médicaux et le repos ; enfin, qu'il y en a un certain nombre qui continuent à souffrir quoi qu'on fasse.

M. ALBAN DORAN estime que l'hystérectomie vaginale pratiquée suivant la méthode de Péan devrait être faite plus souvent ; les chirurgiens anglais semblent hésiter encore à tenter cette opération. Cependant il semble rationnel d'admettre que la large voie ouverte au pus de cette façon est une bonne chose.

M. CHAMPNEYS n'admet pas les conclusions de M. Cullingworth. Il estime que la péritonite pelvienne, affection banale et facilement curable, ne réclame presque jamais une intervention chirurgicale. Il reconnaît que la laparotomie, en permettant d'explorer les par-

ties malades, a de ce fait quelques avantages, mais cette opération est plus sérieuse que l'hystérectomie.

M. PLAYFAIR fait remarquer que l'idée qui a conduit M. Cullingworth à tenter une intervention chirurgicale dans la plupart des cas — donner issue au pus quand il est collecté en un point — est excellente en principe, mais ne doit pas être appliquée d'une façon systématique. M. Cullingworth estime qu'il faut faire une laparotomie chaque fois qu'on sent un empatement dans le quart postérieur du bassin. C'est là une exagération. Tout le monde a pu suivre des malades chez lesquels l'utérus était fixé par des adhérences solides, chez lesquelles les culs-de-sac étaient tuméfiés et qui, cependant par le repos prolongé et le traitement médical, ont guéri complètement. Combien dangereuse aurait été une intervention chirurgicale chez de semblables malades ! L'enlèvement des annexes ne doit être fait que s'il n'y a pas moyen de faire autrement, qu'après un essai prolongé des moyens médicaux.

(Bulletin médical.)

REVUE DE LA PRESSE

DE L'AVORTEMENT.

L'avortement est un sujet qui a été si fréquemment traité qu'il ne semble pas qu'il existe rien de nouveau et d'intéressant à dire sur lui. M. WILLIAM DUNCAN a cependant choisi ce sujet comme thème d'une de ses leçons cliniques à *Charing-Cross Hospital*. Voici les points les plus intéressants de cette leçon.

L'avortement peut être défini : le détachement et l'expulsion du contenu de l'utérus gravide, avant le septième mois, c'est-à-dire avant la viabilité du fœtus. L'avortement se montre de préférence chez les femmes très jeunes ou chez celles qui s'approchent de la ménopause. Il semble que les multipares y soient plus exposées que les primipares et les femmes qui ont déjà avorté une fois font souvent un second avortement à la même période dans les grossesses successives. Ce fait est produit soit par la mort du fœtus ou par le retour de la cause qui a donné lieu au premier avortement.

Cette cause est locale ou générale ; elle n'est pas toujours facile à saisir. Le tableau suivant résume assez bien les différentes causes de l'avortement :

1° *Causes pathologiques*. — Elles peuvent être : A. *Réflexes* (lactation, irritation gastrique, névralgie, maux de dents, irritation rectale, opérations). B. *Générales* (scarlatine, typhus, fièvre typhoïde, typhus à rechutes, variole, choléra, syphilis, coqueluche, chorée, intoxication par les gaz, saturnisme). C. *Locales* (flexions utérines, fibromes, polypes, endométrite du corps et du col, ulcérations du col, adhérences pelviennes, maladies de l'œuf et de ses membranes).

2° *Causes accidentelles*. — Elles peuvent être : A. *Physiques* (coups, chutes, abus de coït, etc...) ou bien B. *Psychiques* (frayeur, anxiété, colère, etc.)

M. Duncan étudie chacune des *causes pathologiques* et montre comment on doit comprendre leur action. Les *causes réflexes* agissent en produisant une irritation des nerfs excito-moteurs. De toutes les *causes générales* d'avortement, la syphilis est de beaucoup la plus fréquente ; c'est là chose connue, sur laquelle il n'est pas nécessaire d'insister. Le rôle de l'intoxication saturnine est intéressant à retenir ; l'avortement se produit non seulement quand la mère est saturnine, mais encore alors qu'elle est indemne de toute intoxication si le père est un saturnin avéré. Parmi les *causes locales*, la rétroflexion est celle qui empêche le plus souvent le développement normal de l'utérus gravide ; l'antéflexion est également une cause d'avortement ; il convient de faire remarquer qu'elle est également une cause de stérilité. Suivant Whitehead, la métrite du col serait une cause d'avortement dans 73 % des cas. On voit par là tout l'intérêt qu'il y a à soigner et à guérir cette affection.

Quant aux causes accidentelles, bien que moins fréquentes, il n'est pas possible de ne pas les accepter. C'est ainsi qu'il est certain qu'un choc moral intense est capable de produire un avortement non seulement en provoquant une contraction de l'utérus, mais encore en amenant la mort subite du fœtus. Dans les temps anciens on a vu des femmes avorter au moment où on les conduisait au supplice, avant le moment de l'exécution. Priestley a même dit que chez certaines femmes la crainte de l'avortement était suffisante à le provoquer.

Nous laissons de côté dans ce résumé de la leçon de M. Duncan tout ce qui a trait à la symptomatologie, aux complications de l'avortement suivant les différents mois. Ce sont choses classiques.

L'avortement, s'il n'a pas été provoqué par des manœuvres criminelles, comporte un bon pronostic, quand il est convenablement soigné. Sur 234 cas d'avortements spontanés observés à Rotunda Hospi-

tal, il n'y a eu qu'un seul décès chez une cardiaque, tandis que sur 116 cas d'avortements criminels réunis par Tardieu, il y a eu 60 décès.

Le traitement est variable suivant les cas ; il faut l'envisager aux différents points de vue suivants : 1° Traitement prophylactique ; 2° quand l'avortement est menaçant ; 3° quand il se produit ; 4° quand il se fait incomplètement ou mal.

Il est à peine besoin de rappeler l'importance qu'a le traitement prophylactique. Quand on craindra un avortement à cause d'une syphilis du père ou de la mère, le traitement antisiphilitique devra être institué avant et pendant la grossesse. De même chez les femmes rhumatisantes ou goutteuses un traitement approprié est nécessaire si l'on veut éviter toutes chances d'avortement. De même encore les déviations utérines devront être corrigées, les inflammations, les ulcérations du col vigoureusement traitées. Enfin le repos au lit est nécessaire chez les femmes qui ont déjà avorté une fois.

Quand l'avortement est menaçant, il faut recommander une immobilité absolue et donner de la morphine à l'intérieur contre les douleurs. S'il y a seulement une hémorrhagie, M. Duncan ne craint pas d'avoir recours à l'ergot de seigle, à faibles doses. Il recommande encore la teinture de viburnum prunifolium. Si ce traitement a arrêté l'avortement, la femme doit continuer à garder le lit pendant huit jours.

Quand l'avortement est devenu inévitable, le traitement varie avec l'âge de la grossesse. A deux mois, repos et injections antiseptiques. A trois ou quatre mois on peut être appelé à détacher le placenta ; il faut le faire avec le doigt ou bien avec une curette si les adhérences sont très marquées. Il peut être nécessaire de dilater le col utérin. Quand une hémorrhagie abondante se produit au début de l'avortement, le mieux est de faire un tamponnement vaginal qu'on laisse en place douze heures. Au bout de ce temps, le col est dilaté et l'œuf proémine dans le vagin, prêt à être expulsé.

Telles sont les principales règles du traitement de l'avortement formulées par M. Duncan.

(*Le Bull. méd.*)

ATROPHIE OPTIQUE DURANT LA GROSSESSE ; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

M. VALUDE vient de publier l'histoire d'un cas peu commun d'atrophie optique primitive survenue au cours de la grossesse et améliorée par la pratique de l'accouchement prématuré.

Une femme, bien portante d'ailleurs, présentait depuis quelques années des troubles visuels pendant ses règles et qui duraient pendant tout le temps des périodes menstruelles, pour disparaître aussitôt après. Cette amblyopie était toujours plus prononcée à gauche.

Il y a quelques mois, la malade commença une grossesse et, dès lors, les mêmes troubles visuels survinrent et se prononcèrent de plus en plus sans rétrocéder, l'œil gauche étant toujours notablement plus atteint que le droit. Les choses en vinrent à un tel point que la vision se perdit complètement à gauche, la malade, du côté droit, voyant tout juste pour se conduire, mais plus du tout pour travailler ; la grossesse était à son septième mois. A l'ophtalmoscope, on constata, à gauche, une atrophie blanche de la papille, $V = 0$; la malade ne distingue qu'à peine le jour de la nuit ; à droite, on relève les signes d'une névrite rétrobulbaire sans papillite, $V = 1/10$. La malade ne présentait aucun autre symptôme ophtalmoscopique, nulle trace de rétinite ; les urines ne renfermaient pas d'albumine, ni de sucre.

Dans ces conditions, en tenant compte du rapport existant, chez cette malade, entre les troubles visuels et l'état de l'utérus, et surtout de l'aggravation constatée durant la grossesse, M. Valude a pensé qu'il y avait lieu de pratiquer l'accouchement prématuré. La malade fut présentée à M. le prof. Tarnier, qui l'accepta à la clinique d'accouchements. Dans les quelques jours qui précédèrent la délivrance, l'acuité visuelle diminuait encore chez cette malade, qui ne pouvait plus compter les doigts qu'à 4 mètres. Il est à noter que la malade avait présenté une première grossesse sans accidents oculaires.

L'accouchement prématuré artificiel fut pratiqué facilement. Dans les quelques jours qui suivirent, l'acuité visuelle remonta notablement et rapidement ; huit jours après, la malade pouvait déjà compter les doigts à 9 mètres avec l'œil droit.

Au bout de douze jours : O. D., $V = 2/3$; O. G., la malade commence à voir passer les ombres devant cet œil.

Enfin, trois semaines après la malade quitta la clinique avec une vision normale de l'œil droit ; l'œil gauche est resté victime de l'atro-

phie existante, mais le sens lumineux a remonté quelque peu. Du côté du champ visuel on avait noté avant l'accouchement un rétrécissement notable du seul côté voyant, à gauche ; après l'accouchement, la vision périphérique était devenue, elle aussi, normale.

Il ne s'agit pas ici d'une névrite, ni d'une atrophie optique consécutive à une rétinite albuminurique ou diabétique, comme on en a observé au cours de la grossesse, c'est une atrophie idiopathique de même ordre que les névrites rétrobulbaires liées aux phénomènes menstruels. La littérature scientifique ne renferme pas, à notre connaissance, de fait analogue, ni surtout d'observation qui montre l'action de l'accouchement prématuré sur l'atrophie simple primitive des nerfs optiques. C'est dans le cas de rétinite albuminurique que l'accouchement prématuré a été surtout mis en œuvre pour enrayer le développement des accidents oculaires. *(Annales d'oculistique.)*

QUELQUES CAUSES D'INFECTION AVANT ET APRÈS LE TRAVAIL,

Par M. LÉOPOLD.

Ces causes sont nombreuses, on le sait ; M. Léopold signale les suivantes : (*Central. f. Gynæk.*, 1892, n° 29.)

Une malade entre à l'hôpital après avoir été l'objet d'explorations digitales par des sage-femmes. Chez une autre, l'infection gonorrhéique a été produite par le doigt de l'accoucheur ou de la sage-femme. D'autres fois, l'infection utérine a été encore produite par le doigt souillé de sueur, de sécrétions vulvaires ou vaginales, ou de matières fécales. Mêmes faits dans des cas où la sage-femme était atteinte de leucorrhée ou de cancer utérin.

A ces faits on peut ajouter ceux de Meinert : infection par rétention fécale, par érysipèle, fièvre scarlatine, et, d'après Léopold, par la pénétration de l'air dans la cavité utérine pendant un accouchement laborieux avec présentation par le tronc.

(Rev. gén. de clin. et de théor.)

ÉTIOLOGIE ET TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OSTÉOMALACIE.

Depuis que la castration a été proposée comme traitement curatif de l'ostéomalacie, les faits se multiplient qui viennent confirmer l'excellence de cette méthode et en démontrer les heureux effets.

M. EISENHART, d'un long travail sur la question, tire les conclusions

suivantes : la cause de l'ostéomalacie est un état pathologique des ovaires dont les fonctions sont anormalement exagérées ; il existe alors une sorte d'hyperproductivité de ces organes. C'est à tort que l'on a dit que les grossesses répétées prédisposaient à l'ostéomalacie ; la proposition doit être renversée. Les femmes ostéomalaciques sont prédisposées aux grossesses fréquentes, et 105 de ces malades ont eu ensemble 673 accouchements, soit près du double de ce qu'aurait dû être ce total suivant la moyenne de la fécondité allemande.

L'ostéomalacie est le résultat d'une altération du sang qui non seulement a une teneur moindre en hémoglobine, mais qui encore et surtout présente une diminution de son alcalinescence. Le sang ainsi modifié peut agir comme dissolvant des sels calcaires des os, et, tant par ses réactions chimiques que par la rapidité de sa circulation, être le facteur des altérations osseuses du bassin. La diminution de cette alcalinescence peut être le résultat de l'action des ovaires sur le système nerveux et, par l'intermédiaire de celui-ci, sur les oxydations et sur les réactions chimiques qui se passent dans l'organisme. (*Deut. Arch. f. klin. med.*, vol. 49, n° 2 et 3.)

Quand une femme ostéomalacique doit accoucher, avant de se décider à une opération sanglante, comme l'opération césarienne, M. LÖHLEIN conseille de compter sur la dilatabilité du canal pelvien et d'agir en conséquence. On pourra très souvent, et il cite son exemple à l'appui, après chloroformisation, extraire un enfant vivant à l'aide d'une simple version. Si le rétrécissement est par trop considérable et si la dilatabilité de la filière osseuse semble devoir être insuffisante, il faut avoir recours à l'opération de Porro. Bien entendu, si l'enfant est mort et si les voies naturelles sont assez larges pour qu'on puisse l'extraire après l'avoir amoindri, c'est par là qu'il faudra l'amener au dehors.

Si l'on juge devoir interrompre la grossesse chez une femme ostéomalacique, M. Löhlein conseille d'avoir recours à l'opération de Porro lorsque le terme est encore éloigné. Si le terme est proche, on peut hésiter entre l'accouchement prématuré artificiel et l'opération de Porro. On se décidera pour l'une ou l'autre de ces interventions, suivant les cas.

Comme traitement curatif, M. Löhlein conseille de pratiquer la castration quand l'opération de Porro n'a pas une indication spéciale. (*Gynækolog. Tagesfragen*, n° 2, 1891.)

C'est à l'opération de Porro qu'a eu recours M. EVERKE chez une

ostéomalacique enceinte pour la huitième fois. Les sept premiers accouchements s'étaient faits normalement. La maladie avait débuté au cours de la sixième grossesse par des douleurs dans les membres ; la septième avait confiné la malade au lit.

Pour le huitième accouchement, les voies naturelles n'auraient pas été perméables même à un enfant morcelé. L'opération de Porro permit d'avoir un enfant vivant, et, cinq mois plus tard, la femme était complètement guérie. (*Deut. med. Wochenschrift*, n° 4.)

M. DESIDERIUS VON VELITS a rassemblé 25 cas dans lesquels la castration a amené la guérison de l'ostéomalacie. A cette liste il ajoute deux cas personnels de guérison dans lesquels le ramollissement des os a pris fin à la suite de l'ablation d'ovaires ne présentant d'ailleurs aucune altération. Sa conclusion est que chez les parturientes ostéomalaciques, il faut avoir recours à l'opération césarienne, à laquelle on ajoutera comme complément une double castration plutôt que d'avoir recours à l'opération de Porro, qui est plus dangereuse et fait subir à la femme de plus grandes mutilations. (*Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynækol.*, 23, et *Bull. méd.*)

TRAITEMENT DE LA RÉTENTION DU PLACENTA DANS L'AVORTEMENT.

Deux thèses soutenues récemment à la Faculté par M. le Dr Vibert et par M. le Dr Bourgogne (1) présentent cet intérêt particulier qu'elles exposent sur cette question la conduite préconisée en pareil cas l'une par M. le professeur Tarnier, l'autre par M. le professeur Pinard et qu'elles concordent très exactement dans l'emploi des moyens conseillés. Toutes deux insistent pour écarter tout moyen violent et pour utiliser avant tout l'expectation antiseptique. Le curettage, dont on a tant parlé dans ces derniers temps, doit être réservé pour des cas extrêmes et même remplacé par le curage avec le doigt. En cas d'hémorragie, le tamponnement vaginal, même antiseptique, est peu employé dans les deux services de clinique. C'est surtout l'emploi des injections chaudes qui est préconisé. M. le Dr Vibert résume ainsi son travail, fait d'après l'enseignement de M. Tarnier :

I. — Expectation antiseptique, par des injections soit de permanganate de potasse à 1/2000, soit d'eau phéniquée à 20/1000 et pansement iodoformé ou salolé à la vulve.

II. — Dans le cas de menace d'infection par putréfaction du pla-

(1) In 8°. Chez Steinheil.

centa on aurait recours au curage digital et antiseptique après dilatation.

III. — Si l'on est appelé au moment où la septicémie est généralisée, où les symptômes infectieux sont graves, devant l'imminence du danger, il faudra pratiquer le curettage de la cavité utérine avec toutes les précautions antiseptiques.

— M. Bourgogne conseille, se conformant en cela aux règles posées par M. Pinard, en cas d'expulsion en bloc du fœtus et du placenta, de pratiquer des injections vaginales chaudes à 45° au biiodure de mercure à 1 pour 4000 et d'appliquer un pansement antiseptique en permanence sur la vulve. Si le placenta est retenu dans la cavité utérine, il faut attendre son expulsion spontanée en faisant des injections vaginales fréquentes et en maintenant sur la vulve un pansement antiseptique. La température doit être prise matin et soir, car la malade doit être surveillée très exactement. Cela peut durer sans inconvénient pendant plusieurs semaines, 58 jours dans une observation de M. Tarnier.

Si la rétention s'accompagne d'hémorrhagie, il faut bien se garder, comme on le faisait autrefois, d'employer l'ergot de seigle. Le tamponnement, lui aussi, n'est pas une méthode recommandable ; il doit être rejeté de plus en plus de la pratique courante, parce qu'il est difficile à faire d'une manière complètement aseptique, du moins en clientèle ; quand on est appelé en ville auprès d'une femme perdant beaucoup de sang, il vaut mieux recourir aux injections très chaudes. Le tamponnement s'accompagne toujours de lésions vulvaires, vaginales, qui augmentent ultérieurement les dangers de l'infection ; malgré toutes les précautions prises, même lorsqu'il est peu serré, il détermine toujours des éraillures de la muqueuse vaginale qui constituent autant de portes ouvertes à l'infection ; lorsqu'il est appliqué trop longtemps il peut amener la rétention d'urine, l'arrêt des matières fécales, ainsi que la décomposition, la putréfaction des débris organiques retenus dans le vagin.

M. Pinard n'a jamais pratiqué ou fait pratiquer le tamponnement dans son service depuis plus de 6 ans ; bien plus, il recommande d'enlever le tampon aussitôt qu'une femme entre dans le service, ayant subi ce traitement en ville. Or, jamais une femme n'y est morte d'hémorrhagie, malgré l'absence de tamponnement. Il conseille donc les injections intra-utérines chaudes à 45°. Les injections chaudes amènent non seulement une contraction totale de l'utérus, mais encore la

rétraction de la tunique des vaisseaux. Elles doivent être prolongées jusqu'à la cessation de l'hémorrhagie. Souvent l'irrigation dure 10, 15 et même 20 minutes.

L'eau chaude a encore pour effet, en provoquant la contraction utérine, de hâter la délivrance. Elle assouplit le col et le met en état de céder aux efforts redoublés de la matrice.

En cas d'infection putride, avec élévation de la température, si les injections intra-utérines au biiodure ne suffisaient pas, il faudrait procéder à la délivrance artificielle. Pour les cas ordinaires, voici les conseils donnés par M. Pinard :

Pour extraire de l'utérus la masse placentaire putréfiée qui met les jours de la femme en danger, on ne se servira que du doigt qui est le moins aveugle de tous les instruments et qui permet d'opérer en toute sécurité sans faire courir le risque de blesser l'utérus.

Après avoir savonné soigneusement la zone génitale et après avoir coupé les poils exubérants de la vulve, on place la femme dans la position obstétricale et on lui fait une dernière injection vaginale.

L'opérateur qui a lavé, savonné et brossé ses mains, avant-bras et ses bras, introduit, suivant la recommandation du professeur Pinard, *toute la main* dans le vagin, puis un ou deux doigts dans l'utérus pendant qu'avec la main restée libre il appuie par la paroi abdominale sur le fond de l'utérus pour l'empêcher de remonter. Alors il décolle et ramène au dehors la masse placentaire en recourbant le ou les doigts en crochet.

L'opération terminée, on fait une injection intra-utérine chaude pour enlever les débris et les caillots qui restent encore dans l'utérus.

Mais si le col n'est pas perméable, il faut prendre les divers moyens de dilatation qu'on peut avoir à sa disposition, ballon de caoutchouc, ballon excitateur de Tarnier, etc...

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

PUTRÉFACTION INTRA-UTÉRINE PENDANT LA VIE DU FŒTUS.

Le Dr Schuhl (de Nancy) publie, dans la *Revue médicale de l'Est*, deux observations remarquables de putréfaction intra-utérine.

Lorsque des phénomènes de putréfaction se produisent dans la cavité utérine avant l'expulsion du fœtus, presque toujours ce dernier a succombé et c'est lui qui est le siège de la décomposition putride. On

peut cependant observer exceptionnellement un écoulement fétide par les parties génitales, des symptômes de septicémie et même de la physométrie, c'est-à-dire des signes de putréfaction intra-utérine, alors que le fœtus est vivant. Dans ces cas, ce dernier peut encore être le siège de ces phénomènes. Baudelocque a en effet constaté, pendant un accouchement, l'issue par la matrice de liquides et de gaz fétides dus à une eschare gangréneuse que le fœtus vivant avait au sommet de la tête.

Mais des faits semblables à celui-ci sont excessivement rares, et le plus souvent, lorsqu'il y a décomposition putride dans la matrice, alors que le produit de la conception contenu dans l'utérus est vivant, la cause des phénomènes putrides se trouve ailleurs que dans le fœtus.

Les deux cas suivants sont des exemples de cette dernière variété de putréfaction intra-utérine.

Dans le premier cas, il s'agit d'une primipare à terme, chez laquelle les membranes étaient rompues depuis deux jours pendant le travail ; au moment du toucher, on constate une odeur fétide du liquide qui s'écoulait ; de plus, la percussion de l'utérus révélait de la sonorité vers le fond de la matrice (physométrie). Le fœtus étant vivant, on dut faire une application de forceps et l'expulsion s'accompagna de gaz excessivement fétides. L'aspect du fœtus était normal, mais une main introduite dans l'utérus ramena une masse blanchâtre, d'apparence fibreuse, d'odeur très fétide. Il est vraisemblable que cette substance d'apparence fibrineuse qui tapissait la face interne de l'utérus a été pendant l'accouchement l'origine des phénomènes de putréfaction. Cette substance, qui était *probablement* formée par un ancien caillot sanguin, a pu séjourner pendant la grossesse à la surface interne de l'utérus sans subir aucune décomposition putride, parce que le contact interne des membranes et de l'utérus empêchait sa communication avec l'air. Mais après la rupture des membranes, après la rupture de liquide amniotique, l'utérus a diminué de volume, s'est rétracté, les membranes ont pu en certains points se détacher de la paroi utérine et permettre à la masse fibreuse de communiquer avec l'air et de se putréfier. Cette putréfaction a été assez intense pour produire de la physométrie.

Chez la seconde malade il s'agissait d'un avortement au quatrième mois. Le fœtus paraissait normal, mais le placenta répandait une odeur putride paraissant due à des caillots sanguins qui lui étaient adhérents. La malade avait une température de 40°.

La disposition des caillots semblait indiquer que l'hémorragie placentaire s'était faite vraisemblablement au voisinage du col, et dès lors le décollement par le sang d'une petite étendue des membranes était suffisante pour permettre à la collection sanguine de communiquer avec l'air et de se putréfier.

La fièvre avait débuté trois jours avant l'avortement, ce qui semble montrer que les phénomènes de décomposition putride ont commencé à la même époque. Le fœtus expulsé était au contraire frais, ne présentait aucune altération ; il vivait donc encore au moment où la putréfaction s'est manifestée dans l'utérus.

M. Schuhl cite encore deux faits analogues observés par Mauriceau et par Jenks et conclut que la putréfaction intra-utérine pendant la vie du fœtus peut être due à la décomposition putride de caillots sanguins contenus dans la matrice.

Dans les quatre observations rapportées, les mères ont guéri, soit rapidement, soit après avoir traversé des accidents de longue durée.

La terminaison a été chaque fois défavorable pour le fœtus. Dans une observation l'enfant a vécu quatre heures ; dans les trois autres cas, les fœtus sont morts peu de temps avant la fin de l'accouchement ; mais ils n'ont présenté aucun signe de putréfaction au moment où ils venaient d'être expulsés.

(Journal de méd. et de chir. prat.)

HÉMICHORÉE DES DERNIERS JOURS DE LA GROSSESSE. ACCOUCHEMENT
LABORIEUX. GUÉRISON.

Par M. DIDIER. (*Journal des sciences médicales de Lille*, n° 26, 24 juin 1892,
p. 617.)

L'observation rapportée par M. Didier est intéressante par le moment où s'est montrée la chorée. En effet, alors que tous les auteurs s'accordent à reconnaître que l'affection est beaucoup plus fréquente pendant les cinq premiers mois de la grossesse, elle s'est manifestée ici au moment de l'accouchement pour ainsi dire, puisque son minimum a été atteint pendant le travail pour diminuer ensuite et disparaître très rapidement.

Il est très probable que les lésions cardiaques anciennes constatées sont dues soit à un rhumatisme de l'enfance très bénin ou dont le souvenir aura été perdu, soit à une chorée ancienne.

L'action du chloral et du bromure a été manifeste sur la précipita-

tion de l'accouchement. Leur pouvoir sédatif a dû s'exercer sur le système nerveux et, régularisant ainsi les contractions, leur a donné plus d'effet. L'enfant, très bien portant, n'a souffert en aucune façon de l'administration de ces médicaments.

Il n'est pas possible de rattacher à une autre affection que la chorée, à l'hystérie par exemple, les troubles constatés chez la malade : elle ne présentait, en effet, aucun des stigmates de la grande névrose.

SYMPTÔMES D'OCCCLUSION INTESTINALE PROVOQUÉS PAR LA GROSSESSE.

Par le D^r F. DON DOMINGUEZ ADAME. (*Revista Medica de Sevilla*, 31 mai.)

L'auteur rapporte l'observation d'une femme de 32 ans, qui avait eu deux couches antérieures et qui fut près de succomber à des symptômes d'occlusion intestinale. L'expulsion d'un fœtus de 3 à 4 mois mit fin à tout danger.

UN CAS DE MOLE HYDATIDE,

Par M. J.-E. MCCUAIG. (*Philadelphia med. News*, 9 avril 1892.)

M. Macnaig rapporte un cas de môle hydatide présentant les particularités suivantes :

La môle n'avait déterminé aucun des signes classiques qu'on lui reconnait. Pas d'hémorrhagie, au moins pendant le séjour de la malade à l'hôpital. Pas d'émission de kyste. La distension de l'abdomen, d'habitude disproportionnée avec l'époque de la gestation, était si légère qu'on eût pu ne point la remarquer chez une malade qui n'était entrée à l'hôpital que pour de l'aménorrhée. Pas d'augmentation des mamelles. La malade étant faible d'esprit, elle ne put donner aucun renseignement sur son état, qui ne présentait d'ailleurs aucun symptôme de la gestation.

(*Rev. gén. de méd.*)

RÉTENTION DES RÈGLES PAR IMPERFORATION DE L'HYMEN.

M. ADENOT a rapporté à la Société des Sciences médicales de Lyon (février 1892) l'observation d'une jeune fille, âgée de 13 ans 1/2, qu'il a soignée ces derniers jours pour un hémato-calpas opéré par le docteur Marduel. Le premier symptôme observé par la malade fut en réalité une rétention brusque des urines. Depuis quelques mois elle

se rappelle bien, il est vrai, avoir souffert quelquefois de coliques légères, vagues, mais sans caractère de périodicité appréciable. Le cathétérisme est remarquablement facile en raison de la béance du méat urinaire qui était comme étalé. Un examen complet de la malade ne fut pas pratiqué immédiatement. La rareté de l'hématocalpos pouvait tout aussi bien permettre de supposer qu'il s'agissait d'une rétention d'urine d'origine névropathique. En outre, ces observations concernent en général des jeunes filles plus âgées.

Le lendemain, nouvelle rétention, nouveau cathétérisme. Le toucher rectal permit de constater une tumeur fluctuante, et en pressant sur l'abdomen (trop douloureux la veille pour que la palpation fournît un renseignement utile) on faisait bomber entre les lèvres l'hymen soulevé par la collection intravaginale.

L'enfant fut endormie ; l'incision de la membrane hyméniale donna issue à un litre de sang brunâtre. La poche était énorme, et pendant l'anesthésie, on put facilement constater que le fond de l'utérus, qui se trouvait au niveau de l'ombilic avant l'opération, s'abaissait progressivement. Le col était d'ailleurs déformé, aplati et on eut d'autant plus de difficulté à le reconnaître au toucher que la cavité vaginale très distendue le rendait très péniblement accessible. La malade a guéri. Les suites furent simples, la température ne dépassa jamais la normale.

Ces cas d'imperforation de l'hymen sont surtout intéressants par leur rareté. Dans la même famille une cousine germaine présenta, il y a une quinzaine d'années, un accident analogue ; mais les parents refusèrent l'opération conseillée par le docteur Pétrequin, le vagin se rompit dans la vessie et le sang s'échappa par le canal de l'urètre. La malade mourut.

Il y a quelques mois, le docteur Jaboulay a opéré à l'Hôtel-Dieu une jeune fille atteinte d'une imperforation vaginale située à 3 centimètres au-dessus de l'hymen, avec rétention des règles.

(Jour. de méd. de Paris.)

MENSTRUATION CHEZ UN ENFANT.

Le Dr O. E. TCHERNOMORDICK, de Tchashniki, rapporte (*Vratch*, n° 4, 1892) le cas d'une petite fille bien développée et habituellement bien portante qui est régulièrement menstruée depuis le mois de janvier 1891 et alors elle n'avait pas encore un an. L'hémorrhagie revient

toutes les quatre semaines, durant chaque fois quatre ou cinq jours et s'accompagnant d'une douleur à l'hypogastre. La première menstruation fut précédée de fièvre et d'un rash ressemblant à de l'urticaire sur tout le corps, puis d'une agitation qui dura trois jours. Ces symptômes cessèrent quand parut l'hémorrhagie. La mère de cette enfant est un peu nerveuse, mais bien portante par ailleurs ; elle a été menstruée pour la première fois à l'âge de 15 ans.

(*La France méd.*)

LE BACILLE DE L'ÉCLAMPSIE,

Par M. GORDES.

Dans les cultures de foie, de poumons, de rein et de sang provenant d'une malade atteinte d'éclampsie, l'auteur a découvert un bacille spécial. (*Deut. Med. Woch.*, 12 mai 1892.)

Ce microbe est des plus virulents et provoque, chez tous les animaux auxquels on l'inocule, des troubles respiratoires, du coma, de l'hyperthermie et la mort. Ces phénomènes sont accompagnés de convulsions quand on l'injecte dans les veines ou le péritoine. Ce microbe forme des infarctus bacillaires dans les poumons, les reins et le foie des personnes qui succombent dans l'éclampsie. M. Gordes en place le foyer initial dans le placenta.

BIBLIOGRAPHIE

- I. **Le massage vibratoire et électrique des muqueuses du nez, du pharynx et du larynx**, par le Dr GARNAUT (de Paris). Paris, 1892.
- II. **De l'action comparée des bains salins et des bains simples sur la nutrition**, par le Dr Keller. Paris, Soc. d'Ed. scient., 1891.
- III. **Technique du massage gynécologique**, par le Dr E. LEBLOND, Paris, 1892.

LIBRAIRIE RUEFF et Cie, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

Bibliothèque médicale, publiée sous la direction de MM. les professeurs CHARCOT et DEBOVE, volumes in-16, reliure d'amateur, tête dorée.

DERNIERS VOLUMES PARUS :

- Thérapeutique antiseptique**, par E. TROUSSERT.
Le Traitement de la fièvre typhoïde, par JUHEL-RENOY.
Les Causes de la fièvre typhoïde, par J. GASSER.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

157. — Traitement de la métrite du col. — Cette affection, banale par son étiologie, est justiciable, d'après M. HEYWOOD SMITH, d'une médication que l'on peut résumer ainsi :

1° Pratiquer des injections quotidiennes chaudes durant toute une semaine ;

2° Après chacune d'elles, application d'un tampon d'ouate hydrophile imbibée de glycérine pure ;

3° C'est alors qu'on pratiquera la dilatation avec l'éponge, et de préférence, d'après notre confrère anglais ; avec des bougies métalliques ;

4° Quand la dilatation sera suffisante, attouchements du canal cervical avec un tampon d'ouate imbibé de phénol iodé qui devra demeurer en place pendant quarante-huit heures. Pour faciliter la mise en place de ce topique, M. Smith conseille de le monter sur une tigelle de bois. Cette tigelle demeure, elle aussi, en place. On la retire aisément, parce qu'elle est munie d'un fil et qu'elle entraîne le topique avec elle.

En cas d'échec, il est inutile, d'après notre confrère anglais, de mettre d'autres traitements médicaux à l'essai. L'heure est venue d'une intervention chirurgicale.

* * *

158. — Opération de Porro : ses principales indications. — M. LAUWERS a pratiqué cette opération dans deux cas de rétrécissement du bassin. Deux fois il en a été satisfait : guérison des mères, enfants vivants.

Voici le procédé qu'il recommande : traction de l'utérus en dehors, immédiatement après la laparotomie ; alors extraction de l'enfant. Ce procédé motive des objections, entre autres celles de M. Hubert, qui estime nécessaire de vider l'utérus avant de pratiquer sa traction, parce qu'on évite ainsi une incision abdominale trop étendue.

Dans de tels cas, d'ailleurs, M. Hubert préférerait l'opération césarienne classique. Les indications de l'opération de Porro seraient seulement les suivantes : 1° L'existence d'une tumeur utérine ; 2° l'infection de l'utérus ; 3° une hémorrhagie grave. On le voit, en Belgique, du moins, cette opération ne motive point, paraît-il, cet enthousiasme si autoritaire que professe à son égard un accoucheur plus fameux pour l'avoir bruyamment préconisée, plutôt que pour l'avoir inventée.

(Rev. gén. de clin.)

* * *

159. — Traitement opératoire de la rétroflexion utérine ; description d'un nouveau procédé, par le Dr A. MACKENRODT. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1892, n° 22, p. 491.)— Après avoir fait la critique du procédé de Schücking, l'auteur décrit le procédé opératoire qu'il a imaginé pour remédier à la rétroflexion utérine.

On saisit les lèvres du col avec des pinces à col pour abaisser l'utérus, et on déplisse la voûte antérieure du vagin. Puis on saisit la partie antérieure du vagin immédiatement au-dessous du caroncule de l'urèthre avec des pinces à col. On détermine ensuite les limites inférieures de la vessie à l'aide d'une sonde.

Puis une incision transversale légèrement arquée est tracée d'un côté du col à l'autre. Une autre incision médiane s'étend du caroncule de l'urèthre à la partie médiane de la première incision. On dissèque ensuite les lambeaux ainsi délimités à droite et à gauche, et on isole la vessie du col, avec un instrument mousse, si l'on veut jusqu'à l'excavation vésico-utérine. Puis, au moyen d'une suture, on fixe, un peu au-dessus de l'orifice interne du col, les deux lambeaux du vagin au tissu de l'utérus ; en même temps on commence l'oblitération de la plaie pratiquée dans le vagin, en suturant les deux lambeaux latéraux à la paroi antérieure du col.

Mais avant d'appliquer la première de ces sutures, on oblitère la plaie résultant de l'isolement de la vessie, au moyen de quelques sutures perdues en catgut. Puis, avec quelques sutures du même genre on oblitère le reste de la plaie vaginale du côté du caroncule de l'urèthre, comme à la suite d'une colporrhaphie. A la fin de l'opération, l'utérus est couché en avant et se maintient dans cette position. Quand la voûte antérieure du vagin est raccourcie, il faut préalable-

ment aviver la paroi antérieure du vagin comme pour une colporrhaphie.

Si la paroi postérieure de l'utérus est devenue plus courte que la paroi antérieure, il faut réséquer à la hauteur de l'orifice interne du col un coin taillé transversalement ; en réunissant ensuite les bords de la plaie, on obtient un raccourcissement de la paroi antérieure de l'organe.

Enfin, dans les cas d'hypertrophie du vagin ou du col, il importe de pratiquer préalablement une colporrhaphie. E. R.

(*Rev. gén. de méd.*)

160. — Le cancer primitif de l'utérus et son traitement, par le Dr BISCH. — L'auteur, se basant sur un grand nombre d'observations et sur l'avis de Cornil, de Landau, d'Abel, de Routier, de Klotz, de Lawson Tait, etc., arrive à cette conclusion que l'examen microscopique ne donne de résultat précis que s'il porte sur un lambeau de tissu excisé au bistouri ou aux ciseaux. L'examen n'est le plus souvent positif que s'il s'agit d'un néoplasme déjà avancé et perceptible au toucher après dilatation utérine : d'un autre côté, un examen négatif ne signifie rien au point de vue de la bénignité de l'affection. M. le professeur Cornil avoue que sur ce point les données de l'histologie sont encore fort imparfaites, et qu'avant d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'un cancer, il faut des examens multiples, par un micrographe des plus exercés.

De même le toucher intra-utérin après dilatation du col donne peu d'indications quand il s'agit d'un cancer au début.

En résumé, lorsqu'un utérus a terminé sa période d'activité fonctionnelle et qu'il devient l'origine d'hémorrhagies répétées, abondantes, incoercibles, entraînant un amaigrissement rapide, et des douleurs parfois vives, lorsque le toucher démontre l'intégrité du col, il faut penser immédiatement à un cancer du corps utérin, et ne pas attendre pour opérer que le diagnostic soit confirmé par le microscope ou même par le toucher intra-utérin. Dès ce moment, la malade est exposée à une dégénérescence maligne, si toutefois le cancer n'est pas déjà déclaré. A la clinique de la Charité, à Lyon, le chef de clinique du professeur Laroyenne, M. le Dr Couilloud, à opéré trois fois dans ces conditions, et trois fois l'examen de la pièce enlevée a montré la justesse du diagnostic.

Dans la seconde partie de la thèse, on étudie tous les procédés d'extraction de l'utérus, rapportant les statistiques publiées à propos de chaque procédé opératoire.

Les indications thérapeutiques font l'objet d'un chapitre spécial.

L'hystérectomie vaginale est le procédé de choix ; à la suite de cette opération, les récides paraissent se faire moins souvent ou moins vite que dans le cas de cancer du col. On a eu des survies de sept ans sans récides. Malheureusement, les statistiques portant sur les seuls cas de cancers primitifs du corps utérin sont fort rares et il serait désirable qu'on n'englobât plus ces cas avec les néoplasmes du col sous le nom générique de cancer utérin (Thèses de Lyon, 1891).

Nous faisons suivre l'analyse du travail de M. Bisch de la description d'un nouveau procédé opératoire appliqué au cancer de l'utérus par M. Purull.

L'auteur décrit une méthode de décortication qu'il a employée dans un cas avec succès. Le col est saisi et abaissé et une sonde introduite dans la vessie. Une incision circulaire est faite sur la muqueuse cervicale à un demi-pouce du tissu morbide. On relève le lambeau et on taille, à coups de ciseaux, sur le tissu musculaire, au-dessous du revêtement péritonéal. Les artères utérines sont pincées d'abord et liées ensuite ; on tire sur le col de manière à avoir toujours sous l'œil la partie sur laquelle doivent agir les ciseaux, et on continue ainsi jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un pouce carré environ du tissu utérin ? Si la cavité de Douglas se trouve ouverte, il saisit la base des ligaments larges dans de longues pinces et divise le reste du tissu.

Il pense que tous les cancers peuvent être opérés de la sorte, pourvu qu'ils le soient à une période assez précoce pour laisser un espoir de guérison, et cet espoir est justifié tant que la dégénérescence n'a pas dépassé les limites des tissus utérins. Quant aux chances de récide, elles sont les mêmes qu'avec une moindre opération. — (*Journal de médecine de Paris.*)

* * *

161. — Le traitement des hémorrhagies par insertion vicieuse du placenta, par M. Jouve. — M. le docteur Jouve, élève de M. Pinard, décrit dans sa thèse un traitement nouveau du placenta prævia, employé avec succès à la clinique Baudelocque. L'hémorrhagie utérine révélatrice de l'insertion vicieuse du placenta

est, comme on sait, souvent légère et intermittente au début. Contre ces hémorrhagies peu graves, on prescrira tout d'abord le repos absolu dans le décubitus horizontal, le siège tenu plus élevé que le reste du corps. On fera des injections vaginales très chaudes (48°) avec une solution de biiodure de mercure à 1/2000 d'acide phénique à 1 p. 100, avec de l'eau boriquée ou simplement avec de l'eau. Ces injections seront pratiquées sans interruption, jusqu'à ce que le liquide de retour ne soit plus teinté de sang. On pourra administrer aussi les opiacés, soit sous forme de lavements laudanisés, répétés plusieurs fois dans la journée (jusqu'à 60 et même 100 gouttes de laudanum dans les vingt-quatre heures), soit sous forme d'injections hypodermiques de morphine. Enfin, si la présentation du fœtus est transversale, une version par manœuvres externes devra être pratiquée. Lorsque l'hémorrhagie prend des proportions inquiétantes, il faut recourir sans hésitation aux moyens radicaux et provoquer l'accouchement. La première chose à faire est de rompre largement les membranes qui, par les tiraillements qu'elles subissent dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, provoquent des hémorrhagies utérines. Les membranes une fois rompues, M. Jouve recommande de pratiquer le tamponnement avec un ballon de Champetier de Ribes, soigneusement aseptisé. Ce ballon est introduit vide, suivant la méthode ordinaire. Un aide y injecte alors environ 400 grammes de liquide, puis ferme le robinet et applique encore, par surcroît de prudence, une pince sur le tube, au-devant de la vulve. Le ballon qui se trouve distendu dans la cavité utérine, exerçant une pression directe, sur le placenta décollé, évite presque instantanément l'hémorrhagie et provoque en même temps des contractions utérines violentes, qui amènent l'accouchement à bref délai. En introduisant dans le ballon et en retirant tour à tour une certaine quantité de liquide, on peut accélérer ou ralentir à volonté la marche du travail. L'accoucheur ne doit pas quitter la malade, une fois l'accouchement et la délivrance terminés, car, par suite de la perte de contractilité et de la rétractilité de l'utérus, au niveau de son segment inférieur, au point où s'insérait le placenta, de nouvelles hémorrhagies sont à craindre. Si celles-ci surviennent, M. Jouve conseille de les combattre au moyen d'injections intra-utérines à 48° et de rejeter systématiquement l'ergot de seigle. Dans les circonstances graves, on aura recours, en outre, au champagne frappé, aux injections d'éther et à l'enveloppement des membres inférieurs dans une

épaisse couche d'ouate. M. Jouve conseille également de pratiquer des injections intra-utérines chaudes, avant même la sortie du placenta, car, en excitant les contractions de l'utérus, elles facilitent l'expulsion du délivre et préviennent les hémorrhagies. Sur sept femmes chez lesquelles M. Jouve a vu employer ce traitement, six ont guéri sans avoir présenté la moindre complication ; une est morte, non pas des suites de l'insertion vicieuse du placenta, dont les accidents furent conjurés, mais de septicémie, due à une tumeur utérine dégénérée. Sur les sept enfants, quatre naquirent vivants et bien portants, un était macéré et deux sont venus morts. Quant à la durée du travail, depuis l'introduction du ballon jusqu'à la dilatation complète du col et l'expulsion du ballon dans le vagin, elle a été de deux heures et demie à trois heures et quart dans trois cas, et de six heures dix minutes, de neuf heures et demie et de dix-neuf heures et demie chez les trois autres parturientes.

(Thèse de Paris.)

162. — Nouveaux crayons médicamenteux pour pansements intra-utérins. — M. HIRIGOYEN se sert de crayons médicamenteux à base d'ichthylol, additionnés d'une petite quantité de sublimé.

Ces crayons sont composés d'après la formule suivante :

Sublimé.....	0 gr. 01
Ichthylol.....	0 gr. 20
Talc.....	0 gr. 65
Gomme.....	0 gr. 04
Glycérine.....	0 gr. 05
Eau.....	0 gr. 05
	<hr/>
	1 gramme.

Suivant cette proportion, on peut faire des crayons pesant de 1 à 2 grammes, selon le volume, assez souples et suffisamment résistants, grâce au mélange du talc, de la gomme et de la glycérine auquel le préparateur, M. Roussel, pharmacien, s'est arrêté après de nombreux essais afin d'obtenir les conditions physiques nécessaires pour l'usage des crayons intra-utérins.

Ces crayons, employés depuis deux mois à la consultation de l'hôpital Saint-André, donnent de bons résultats dans le traitement des

métrites d'origine puerpérale ou blennorrhagique. L'action antiseptique du sublimé est augmentée de celle de l'ichthyol qui exerce de plus un effet très appréciable de décongestion. Aussi obtient-on des améliorations rapides dans les cas de métrites avec cols gros, congestionnés, éversion de la muqueuse et sécrétion muco-purulente abondante avec dilatation de la cavité cervico-utérine.

(*Gaz. hebdomadaire de Bordeaux.*)

* *

163. — Remède contre les hémorroïdes. — Le prof. J. Brindley James (*British medical Journal*, 20 février 1892) emploie contre les hémorroïdes les applications externes de calomel en poudre, remède dont l'efficacité ne s'est jamais démentie entre ses mains. Sous l'influence de ces applications topiques, tous les symptômes se dissipent très promptement. La poudre de calomel est simplement appliquée avec le doigt sur les bourrelets hémorroïdaires.

* *

164. — Suppositoires contre la dysménorrhée. — Ces suppositoires, dont l'emploi est recommandé par le docteur Farlaw (*Deutsh Medizinisch-Zeitung* 1892, n° 61, p. 710) ont pour formule :

Extrait de chanvre indien.....	0 g. 015
Extrait de belladone.....	0 g. 015
Beurre de cacao.....	3 gr.

Pour cinq suppositoires ; introduire un de ces suppositoires le soir, en commençant le traitement cinq jours avant l'époque présumée des règles.

* *

165. — Potions contre la toux de la rougeole. — M. Des-croizilles a prescrit une préparation calmante ainsi formulée :

Alcoolature d'aconit.....	0 gr. 20
Extrait de belladone.....	0 gr. 01
Sirop de guimauve.....	3 grammes.
Sirop de capillaire.....	10 —
Eau de fleur d'oranger.....	30 —

A prendre par cuillerées à café.

Voici encore une potion à la jusquiame, de Wilderhofer (de Vienne) :

Extrait de jusquiame.....	0 gr. 15
Eau distillé.....	70 grammes.
Sirop simple.....	10 —

Dose : une cuillerée à café de deux en deux heures.

Dans la potion à la jusquiame de M. Descroizille, le véhicule est l'huile d'amande douce (4 grammes), le julep gommeux (89 grammes). Elle contient 10 centigrammes seulement d'extrait de jusquiame.

(Province Médicale.)

166. — Traitement des hémorroïdes. — Nous trouvons dans la *Médecine moderne* une formule qui a donné souvent de bons résultats dans le cas d'hémorroïdes douloureuses non procidentes :

Vaseline.....	15 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 20
Antipyrine.....	1 gr. 50
Salol.....	1 gramme.
Cire Q. S. pour consistance assez solide.	

Appliquer dans l'anus 2 à 3 fois par jour gros comme une petite noisette.

Lorsque les hémorroïdes ont de la tendance à sortir, s'il n'y a pas de contracture du sphincter ou bien encore, après qu'il a été dilaté, on peut employer la pommade suivante aux mêmes doses :

Vaseline.....	20 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne.....	0 gr. 15
Tanin.....	1 gramme.
Extrait de ratanhia.....	0 gr. 50
Extrait de belladone.....	0 gr. 10
Cire Q. S. pour consistance assez solide.	

167. — Un traitement de la coqueluche. — C'est celui que M. Liebermeister recommande.

1° Pendant la *période catarrhale* : repos au lit et administration

par cuillerée à café, toutes les heures ou toutes les deux heures, de la potion suivante :

Soufre doré d'antimoine.....	0 gr. 50
Mucilage de gomme.....	20 grammes.
Eau distillée.....	50 —
Sirop simple.....	20 —

2° Dans la *phase convulsive* : inhalations avec la solution de phénate de soude, de bromure de potassium ou de salicylate de soude, potion à la cochenille et au carbonate de potasse. Combattre les accès de toux par les narcotiques (opium), les anesthésiques (morphine), ou les inhalations de 10 à 20 gouttes sur un mouchoir du mélange suivant :

Ether sulfurique.....	4 parties
Essence de térébenthine.....	1 —

Il prescrit encore la quinine et, dans la journée, *deux à six* cuillerées à thé d'une potion ainsi composée :

Extrait de belladone.....	0 gr. 50
Sirop d'ipécacuanha.....	15 grammes.
Vin stibié.....	10 —
Eau distillée.....	150 —

3° Renouvellement de l'air, déplacement et séjour à la campagne.

* *

168. — Traitement de la métrite chronique par le crayon de sulfate de cuivre, par R. VANGEON. — Conclusions : Des détails que nous avons donnés, des observations que nous avons suivies même longtemps après la sortie des malades, chose qui se fait si rarement, nous sommes en droit de conclure que :

A. 1° Le traitement des endométrites chroniques par le crayon de sulfate de cuivre constitue une précieuse ressource, même dans les formes les plus invétérées ;

2° La douleur qu'il produit est négligeable et n'est pas comparable à celle produite par une laminaire, par exemple ;

3° Aucun accident n'est à craindre. Il n'amène ni atrésie ni sténose ;

4° La fonction menstruelle se rétablit normalement après l'opération ;

5° C'est un moyen efficace et simple que le médecin sera rapidement compétent à employer.

B. 6° Le crayon de sulfate de cuivre modifie avantageusement et vite les écoulements liquides muqueux et muco-purulents du col et du corps utérin. C'est dans ces cas que l'on obtient les plus beaux succès ;

7° Il améliore toujours, il guérit très souvent les écoulements purulents ;

8° Il guérit les métrites hémorrhagiques ou pyo-hémorrhagiques. Il amène parfois des complications. Un seul crayon de chlorure de zinc suffit. Il faut plusieurs crayons de sulfate de cuivre. Un seul curettage ne suffit pas toujours ;

9° Il vaut les meilleurs antiseptiques intra-utérins ;

10° Le curettage est préférable quand il y a complication du côté des annexes. M. Dumontpallier a maintes fois, cependant, employé le crayon de chlorure de zinc sans le moindre accident et avec succès. Le crayon de sulfate de cuivre est moins énergique que celui de chlorure de zinc. Il n'est pas toujours aussi efficace. Il a la même efficacité que le curettage. Il n'a ni les inconvénients de l'un ni ceux de l'autre procédé.



169. — De quelques moyens de traitement de la diphtérie chez les enfants. — Voici quels sont les moyens qui ont le mieux réussi dans le traitement de la diphtérie à M. le docteur Filatow, professeur de clinique pédiatrique à la Faculté de médecine de Moscou :

Régime alimentaire reconstituant et tonique ; purgatifs pour combattre la constipation ; soins de propreté de la bouche ; badigeonnages, trois fois par jour, des foyers diphtéritiques d'abord avec la teinture d'iode pure, puis, lorsque les pseudo-membranes commencent à se détacher en laissant après elles des ulcérations de la muqueuse (à cette période les applications de teinture d'iode seraient trop douloureuses), avec la solution ci-dessous formulée :

Sublimé.....	0 gr. 10 centigr
Acide tartrique.....	0 — 50 —
Eau distillée.....	100 grammes.

Mélez. — Usage externe.

A titre de tonique, M. Filatow prescrit la potion suivante, qui exerce aussi une action antiseptique et astringente locale très utile :

Perchlorure de fer liquide.....	2 grammes.
Eau distillée.....	180 —
Sirop de sucre.....	20 —

Mélez. — A prendre : par cuillerées à café ou à dessert, suivant l'âge du malade, d'heure en heure.

En même temps notre confrère ne manque pas d'assurer l'antisepsie intestinale (dans le but d'empêcher l'absorption des toxines par l'intestin) au moyen d'une potion au sulfite de magnésie qu'il formule ainsi :

Sulfite de magnésie.....	} à 2 grammes.
Acide sulfureux.....	
Eau distillée.....	100 —
Sirop de sucre.....	10 —

F. S. A. — A prendre : par cuillerées à café ou à dessert, suivant l'âge de l'enfant, d'heure en heure.

Cette potion n'est pas trop désagréable au goût ; elle est bien supportée par l'estomac.

Parfois aussi, M. Filatow se sert pour l'antisepsie intestinale du chlorate de potasse et de l'acide chlorhydrique administrés séparément, mais immédiatement l'un après l'autre, d'après la méthode de Heyder.

On prescrit :

N° 1. Chlorate de potasse.....	2 grammes.
Eau distillée.....	100 —
Sirop de sucre.....	10 —

Mélez.

N° II. Acide chlorhydrique dilué.....	2 grammes.
Eau distillée.....	100 —
Sirop de framboises.....	20 —

Mélez. — A prendre : toutes les heures une cuillerée à café ou à dessert (suivant l'âge de l'enfant) d'abord de la potion n° 1, puis immédiatement après de la potion n° 2.

L'action antiseptique de cette médication serait due à la production d'ozone dans le tube intestinal au contact des deux potions.

Enfin, dans les cas d'angine diphtérique compliquée de croup et

seulement dans ces cas — notre confrère a recours à l'usage à la fois externe et interne du mercure, d'après la méthode de M. le professeur Rauchfuss.

Il prescrit dans ces conditions :

1° Des frictions avec 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme d'onguent mercuriel double, frictions que l'on renouvelle toutes les deux heures.

2° Liqueur de van Swieten 5 à 10 grammes.

Eau distillée..... 50 —

Mélez. — A prendre : une cuillerée à café toutes les deux heures.
(*La Sem. méd.*)

* * *

170. — Traitement de l'atrophie de l'utérus.— Le traitement de l'atrophie de l'utérus variera évidemment suivant les causes qui ont provoqué la maladie. C'est ainsi que dans les cas qui dépendent d'un affaiblissement général de l'organisme, par suite d'anémie, de diabète ou d'autres maladies consomptives, la première indication consiste à relever les forces et l'état de nutrition de la malade par les toniques, par les cures climatologiques et par une alimentation reconstituante. Le traitement local n'aura ici qu'une importance secondaire, à moins que les troubles du côté des organes sexuels (douleurs, leucorrhée, aménorrhée) ne prennent une intensité insolite. Mais dans la majorité des cas, tous ces troubles, y compris l'aménorrhée, disparaissent spontanément sous l'influence du seul traitement général.

Tout autres sont les conditions dans les cas où l'atrophie utérine est la conséquence d'une affection de la muqueuse utérine et des annexes. Ici le traitement local prime le traitement général. Il visera, suivant la cause de la maladie, tantôt l'endométrite ou l'inflammation des annexes, tantôt les déchirures du col, les fistules. Il sera donc fréquemment opératoire, c'est-à-dire du ressort du spécialiste.

Cependant le médecin pourra avoir également à s'occuper du traitement de l'aménorrhée et de l'atrophie utérine proprement dite. Il les combattra, et souvent avec succès, par des scarifications du col (répétées une ou deux fois par semaine), par l'introduction méthodique de la sonde utérine, par les irrigations vaginales chaudes, par le massage et par l'électricité. Il pourra aussi employer contre l'aménorrhée certains moyens médicamenteux, tels que le *permanganate de potasse* et la *santonine*, qui ont souvent donné entre les mains de

M. Gottschalk des résultats favorables et rapides. Notre confrère berlinois emploie le permanganate de potasse en pilules de 0 gr. 06 à 0 gr. 10 centigr., dont il donne quatre par jour. D'autres fois, il administre chaque jour une pilule contenant 0 gr. 2 centigr. et demi de san-tonine.

Lorsque l'atrophie utérine est consécutive aux maladies infectieuses, le traitement doit être local et général (tonique) en même temps. En effet, dans les cas de ce genre, il est impossible de prévoir si l'atrophie de l'utérus disparaîtra d'elle-même en même temps que s'améliorera l'état général, ou si elle revêtira un caractère plus sérieux par suite de lésions concomitantes des ovaires. Donc, si à la suite de maladies infectieuses on constate chez la femme des tuméfactions ovariennes, il faudra instituer immédiatement un traitement local qui consistera dans l'emploi systématique de différents moyens résolutifs, tels que bains de siège et applications d'iode, d'ichthyol ou de thyol; car, il ne faut pas l'oublier, c'est l'atrophie des ovaires qui imprime aux atrophies de l'utérus leur caractère de chronicité et d'incurabilité.

(*La Sem. méd.*)

171. — Albuminurie gravidique (TARNIER). — Ventouses scarifiées lombaires; huile de ricin; limonade nitrique; étuve sèche; hygiène sévère. Régime lacté: le premier jour, 1 litre de lait et 2 portions d'aliments; le deuxième jour, 2 litres de lait et 1 portion; le troisième jour, 3 litres et 1/2 portion; le quatrième jour, lait à discrétion, sans autre aliment ni boisson; soupe au lait et à l'oignon.

(*Formulaire du Dr Monin.*)

172. — De l'eau d'Hunyadi-Janos en Gynécothérapie. — On fait volontiers dominer la pathologie féminine par les affections utérines. Mais, en réalité, ces affections la spécialisent, plutôt qu'elles ne la dominent. L'appareil utéro-ovarien est souvent, (plus souvent même qu'on ne se l'imagine), sous la dépendance morbide de la chlorose, de la constipation et du nervosisme. Le praticien sait, depuis longtemps, qu'il possède, dans l'eau d'Hunyadi-Janos, un moyen sûr de dégorgier le système veineux abdominal en général, et celui du petit bassin et des ligaments larges en particulier.

C'est ainsi que, tous les jours, nous combattons la dyscrasie veineuse, qui accompagne l'âge critique comme l'ombre suit le corps.

Mais ce que l'on sait beaucoup moins, c'est que, dans la chlorose et les métropathies, l'action du trisplanchnique se trouve modifiée au point que non seulement les fibres lisses se contracturent ou se paralysent, mais encore que les sécrétions digestives s'éloignent, graduellement, de l'état physiologique : la dépravation de l'appétence, la gastralgie, la coprostase et le tympanisme, voilà les conséquences. Ici, le cercle vicieux commence à s'établir. L'estomac ne fonctionnant plus, le sang se régénère mal et la nutrition languit. L'épigastrie et les borborygmes sont liés à cette flaccidité générale. Les observations des gynécologistes (et en particulier celles de Cordes et de Sanderet) s'accordent à reconnaître qu'Hunyadi-Janos réussit surtout contre ce faux état de plénitude vasculaire commun dans le beau sexe, et dont les symptômes ressembleraient assez à la pléthore, n'étaient les chairs flasques, les muqueuses pâles, les bruits cardio-vasculaires anormaux...

Vous pouvez administrer le purgatif naturel, chaque fois que vous constaterez l'insuffisance digestive, l'embarras gastro-intestinal : aucun retentissement congestif n'est à craindre sur le petit bassin ; aucun affaiblissement n'en résultera, même pour vos clientes en imminence manifeste de misère physiologique ou de tuberculose latente. Il est bien précieux de pouvoir, ainsi, dans les métrites, les salpingo-ovarites, les cellulites pelviennes, détourner la fluxion hyperémique, enrayer les poussées catarrhales, mettre obstacle aux engorgements parenchymateux et aux exsudats plastiques ; mais combien cette action devient indispensable à la suite des règles supprimées, des opérations graves pratiquées, de nos jours, par la gynécologie, ou bien enfin, *post partum* et *post abortum* ! C'est uniquement ainsi que nous pouvons couper, en quelque sorte, les racines infectieuses des métropathies, et prévenir les suppurations pelviennes ultérieures : c'est l'opinion de Depaul et de Courty.

Aussi, même en présence de l'orientation peu conservatrice de la pratique gynécologique, Hunyadi-Janos rend, journellement, de signalés services au clinicien vraiment digne de ce nom. Quant au chirurgien, il ne saurait négliger ce moyen thérapeutique, si commode, lorsqu'il aura en vue la modification du terrain post-opératoire et la prophylaxie d'une auto-intoxication viscérale. Une purgation douce et régulière empêchera le ballonnement des malades,

éliminera les épithéliums déchus et les bacilles pathogènes, et mettra obstacle à la production de cette dyspepsie, dite *utérine* des anciens auteurs, qui résulte uniquement de congestions rectales ou de dilatations gastro-intestinales, et qui, mal soignées, préparera des phlegmons iliaques et des appendicites, embarrassants pour l'avenir.

Cette étude (ou plutôt ces aperçus généraux) seraient incomplets, si je ne signalais, ici, la congestion gastro-hépatique, si fréquemment concomitante des affections utérines, ainsi que Schröder en Allemagne et Jouin en France, l'ont reconnu et déclaré. C'est fréquemment du foie et du plexus solaire que partent l'hypocondrie, l'irritabilité d'humeur, les accidents hystériformes *réflexes*, que les vieux cliniciens considéraient comme des protées. C'est dans ce sens que Bichat a pu écrire : l'abdomen est le siège des passions tristes. Les purgations, soutenues et répétées, par l'eau d'Hunyadi-Janos, en favorisant la déplétion du système veineux hépatique (*vena portarum porta malorum*) auront le grand avantage de neutraliser les épiphénomènes morbides dus au nervosisme féminin. Or, combattre le nervosisme, n'est-ce pas guérir ou soulager la moitié des maux qui empoisonnent la vie de la femme ?

Mais, pour nous en tenir à la sphère génitale elle-même, résumons-nous en disant que la coprostase a, sur les organes génitaux féminins, la déplorable conséquence d'entraîner la congestion passive et chronique de tous les organes renfermés dans le petit bassin. Combien de dysménorrhées, combien de lésions utérines n'ont point d'autre cause ! Que de paramétrites, que de douloureuses rétro-déviations, sont dues à la constipation seule ! La purgation saline offre, comme le disait Requin, ses ressources puissantes, dans le traitement des maux les plus divers : la méfiance ou l'interdit, dont certains esprits faux voudraient frapper cette médication, ne concorderont jamais ni avec l'expérience, ni même avec la théorie, si systématique que l'on puisse la supposer...

FORMULAIRE

Du traitement de la vaginite et de l'urétrite purulentes par le glycéré d'acide borique. (J. CHÉRON.)

Nous avons, dans nos salles de Saint-Lazare, des cas de vaginite et d'urétrites purulentes fort rebelles, dans lesquels les antisepti-

ques m'ont donné, mieux que les autres moyens, de bons résultats.

C'est ainsi que j'ai employé avec un succès plus ou moins rapide, les solutions d'eau oxygénée, de tanuin, d'acide picrique, d'acide thymique, de permanganate de potasse, d'hydrate de chloral, l'alcool camphré.

Ces substances présentent les inconvénients, les unes de tacher la peau et le linge, ce dernier, parfois, d'une façon indélébile ; les autres de posséder une action cathérétique qui en rend l'emploi pénible et difficile ; quelques-unes, enfin, d'être d'un prix très élevé (1).

L'acide borique présente sur les antiseptiques énumérés plus haut, les avantages suivants :

1° Il est bien supporté par les muqueuses malades sans réaction douloureuse.

2° Il donne une solution incolore.

3° Il est d'un prix peu élevé.

4° Comme antiseptique, il occupe un très bon rang dans la série de Marié-Davy.

S'il présente un inconvénient, c'est d'être peu soluble dans l'eau. En effet, celle-ci n'en dissout que 3 pour 100 à 15 degrés.

Pour y obvier, j'ai fait préparer une solution d'acide borique dans la glycérine, à chaud. Il se forme une sorte de crème gélatineuse, très soluble dans l'eau, principalement dans l'eau chaude.

Voici la formule :

Glycérine neutre..... 120 grammes.

Acide borique..... 80 id.

A l'aide de cette préparation, on peut dissoudre, dans l'eau, cinq fois plus d'acide borique.

Dans la vaginite purulente, on peut employer le glycérol à l'aide de tampons d'ouate laissés dans le vagin, ou mieux, en irrigations bi-quotidiennes, — 3 à 4 cuillerées à bouche par litre d'eau.

Dans l'urétrite purulente, il faut faire, une fois par jour, dans la vessie, une injection de 60 grammes d'eau tiède, pour une cuillerée à café de glycérol.

Sous l'influence de ce moyen, j'ai vu guérir en 12 à 15 jours des affections (vaginite ou urétrite purulentes) rebelles à tout traitement depuis plusieurs mois.

(1) Notamment l'eau oxygénée.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint-André.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

- I.— DYSTOCIE DE LA DÉLIVRANCE A LA SUITE DU RACCOURCISSEMENT D'UN LIGAMENT ROND.
- II.— LE DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA INSÉRÉ NORMALEMENT.
- III.— FOLIE PUERPÉRALE DANS SES RAPPORTS AVEC L'ÉCLAMP-SIE ET LES ACCIDENTS INFECTIEUX DES SUITES DE COUCHES.

I.— Accueillie, au moment de son apparition, avec un certain enthousiasme, l'opération d'Alexander-Adams, ou raccourcissement des ligaments ronds, destinée à combattre les rétro-déviation et les prolapsus de l'utérus, est actuellement une intervention très discutée. Souvent elle échoue d'emblée, soit qu'on l'applique à des déviations adhérentes qu'elle est insuffisante à corriger, soit que les ligaments soient trop minces et trop friables pour servir à quelque chose, alors même que l'utérus est mobile. Plus souvent encore elle ne donne que des succès temporaires, quelque correctement qu'elle ait été pratiquée, les ligaments ronds s'allongeant progressivement et la déviation se reproduisant peu à peu. C'est pourquoi le nombre des partisans de l'opération d'Alexander diminue chaque jour ; ceux-là même qui lui restent fidèles, non seulement ne l'appliquent que dans un nombre de cas restreint, lorsque l'utérus est par-

faitement mobile et peu volumineux, mais encore lui associent d'autres opérations plastiques telles que la colpo-périnéorrhaphie, l'élytrorrhaphie antérieure, l'amputation du col, si bien qu'il est difficile de juger le rôle qui revient, dans l'amélioration accusée par les malades, au raccourcissement des ligaments ronds.

Si l'insuccès semble la règle, il arrive cependant que le raccourcissement obtenu par l'opération tienne solidement, trop solidement même si la femme devient enceinte, car cela peut devenir une cause de dystocie de la délivrance, ainsi que M. Chaleix en montrait dernièrement un exemple intéressant à la *Société d'obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*.

Voici cette observation que nous empruntons au *Bulletin médical* (3 décembre 1892).

« Il s'agit d'une femme de vingt-un ans, chez laquelle on dut pratiquer l'opération d'Alexander pour corriger une rétro-déviation utérine, cause d'accidents sérieux. L'opération porta sur le ligament droit exclusivement (le ligament gauche était si grêle que le chirurgien ne jugea pas utile d'y toucher) et ce ligament très gros et très fort fut raccourci de dix centimètres. Les suites opératoires furent excellentes. Au moment de la sortie de la malade, on pouvait constater que la corne utérine droite était fortement attirée en avant. Dans ces conditions, les accidents dus à la déviation disparurent et la malade devint enceinte huit mois après.

La grossesse et l'accouchement se firent sans encombre, mais la délivrance fut très laborieuse, l'hémorrhagie abondante, et le placenta dut être enlevé artificiellement, non sans difficulté : « il est inséré tout entier dans la corne utérine droite, allongée en entonnoir. Il y est si complètement inclus qu'au premier abord il échappe à mon investigation ; mais en me guidant à l'aide du cordon et des membranes, j'arrive au niveau d'un orifice à peu près large comme une pièce de cinq francs,

dont les bords, modérément tendus, livrent peu à peu passage à ma main. Je trouve alors le placenta dans un diverticule profond, conique, dont le sommet effilé correspond à la corne utérine droite. Le placenta étant resté adhérent en la partie qui touchait au sommet du cône, il m'a fallu procéder à un décollement assez laborieux, au cours duquel j'ai forcément vérifié les moindres détails de ce diverticule. »

M. Chaleix estime que l'on doit établir une relation causale entre cette dystocie et l'opération chirurgicale.

Il est légitime d'admettre qu'un ligament rond suffisamment raccourci pour attirer en avant la corne utérine correspondante, avant la grossesse, ait pu, pendant le cours de la grossesse, maintenir son action sur cette portion de l'utérus et y créer ce diverticulum en entonnoir où le placenta s'était enchaîné.

Ce phénomène est en tout comparable aux cas où l'enchaînement placentaire reconnaît pour cause l'asymétrie utérine par développement inégal de l'une et de l'autre corne. Mais ici, au lieu d'être congénitale, l'anomalie de l'utérus a été chirurgicalement acquise. »

II. — Le décollement prématuré du placenta normalement inséré, vient d'être l'objet d'une étude intéressante de la part d'un élève de M. Pinard, M. Dumarcet.

Les causes de cet accident peu connu jusqu'à présent sont, surtout et avant tout, l'albuminurie (11 fois sur 13) et accessoirement la brièveté du cordon.

Au point de vue symptomatologique, voici comment les choses se présentent :

Avec ou sans douleurs dans les reins ou dans l'abdomen, une femme arrivée aux derniers mois de la grossesse, est prise subitement d'une hémorrhagie externe ; en même temps se produit une hémorrhagie interne caractérisée par l'augmentation brusque de volume de l'utérus qui prend une dureté ligneuse telle qu'il est impossible de sentir les parties fœtales, et

par des symptômes d'anémie grave : facies décoloré, imminence de syncope, pouls à peine perceptible, très fréquent jusqu'à 140, température basse. Les bruits du cœur du fœtus ne sont pas entendus et la malade, interrogée à ce sujet, répond que la cessation des mouvements du fœtus a coïncidé avec le début des accidents. En pratiquant le toucher, on trouve le col dur, ainsi que le segment inférieur ; si le travail est commencé, le doigt n'arrive pas à sentir le placenta, mais en revanche il rencontre la poche des eaux constamment bombée et tendue. Même s'il n'y a pas eu auparavant des attaques d'éclampsie, on fera l'analyse des urines et on trouvera presque toujours de l'albumine.

Si la malade a eu des attaques d'éclampsie ou si elle est dans le coma éclamptique, et si l'on constate les symptômes précédemment décrits le diagnostic s'impose.

Il n'y a de difficultés pour le diagnostic que si l'hémorrhagie est exclusivement interne et assez peu abondante pour présenter le tableau de l'anémie grave, car alors on peut se demander si la mort constatée du fœtus doit être attribuée à une hémorrhagie intra-placentaire abondante ou à une hémorrhagie rétro-placentaire.

On tiendra compte alors, l'existence de l'albuminurie aidant, des autres symptômes constants : augmentation de volume de l'utérus, sa dureté, la dureté du col, tension de la poche des eaux, etc.

Le pronostic est grave pour la mère et encore plus pour le fœtus. Ce dernier est, en effet, mort constamment. Pour la mère, sur 11 cas dus à l'albuminurie, la mort n'est survenue que 3 fois.

Si l'hémorrhagie est exclusivement interne et peu abondante, ne menaçant pas la vie de la malade, M. Dumarce conseille d'attendre, en soumettant la malade au régime lact absolu et en soutenant ses forces le mieux possible, que l'

travail se déclare spontanément ; il peut arriver que l'accouchement marche vite sans donner lieu à d'autres accidents.

Si l'hémorrhagie est mixte ou si elle est abondante, il faut faire largement la rupture artificielle des membranes qui suffit souvent à arrêter l'hémorrhagie tout en activant le travail. Si le danger est plus grand encore, il faudra faire suivre la rupture des membranes de l'application d'un ballon de M. Champetier, précédée ou non, suivant la perméabilité du col, de l'application d'un ballon de M. Tarnier. C'est le procédé qui a donné les meilleurs résultats à M. Pinard et c'est aussi le plus logique, car il permet une antiseptie rigoureuse (ce qui est difficile avec le tamponnement), il s'oppose à l'hémorrhagie et active la dilatation et par conséquent l'accouchement.

III. — M. Lallier a étudié dernièrement, dans sa thèse inaugurale, les rapports de la folie puerpérale avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches. Voici l'analyse que M. Demelin donne de ce travail, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* :

« Les psychoses qui se développent pendant la grossesse ou les suites de couches sont souvent sous la dépendance de l'éclampsie ou de l'infection puerpérales.

La genèse de ces psychoses doit très probablement être attribuée à la toxémie qui résulte, dans l'éclampsie, de la rétention des produits de désassimilation organique, et dans l'infection, de l'absorption des poisons microbiens.

Chez une femme prédisposée aux troubles mentaux par ses antécédents héréditaires ou personnels, il sera très important de redoubler de précautions afin d'éviter l'éclampsie ou l'infection qui pourraient déterminer l'explosion de la folie.

En présence d'une folie puerpérale établie, on devra essayer de remonter à sa cause pour instituer un traitement convenable. En général, il sera facile de savoir si la femme a présenté

des accès d'éclampsie, auquel cas on agira sur les organes éliminateurs (régime lacté, etc.).

Il sera, dans bien des cas, beaucoup plus difficile de constater la présence de phénomènes septiques et souvent l'on a cru se trouver en présence de psychoses pures alors qu'un état infectieux grave, souvent mortel, était resté inaperçu. L'apparition très précoce ou très tardive de la folie ne doit pas faire éliminer d'emblée l'infection dont on recherchera avec soin les moindres symptômes. La fièvre, à elle seule, doit faire craindre son existence. Si on a le plus léger soupçon, on devra agir sur l'utérus immédiatement et rigoureusement par les méthodes antiseptiques usuelles.

Ce traitement n'exclut pas l'emploi des remèdes ordinairement prescrits contre le trouble mental, calmants, chloral, bains tièdes, etc. (Lallier). »

Nous avons tenu à reproduire cette analyse en raison de l'importance pratique du sujet. Cette année même, nous avons eu l'occasion de voir en consultation un cas de folie puerpérale avec attaques répétées d'hystéro-épilepsie ; malgré l'élévation graduelle de la température à 41°, l'accoucheur méconnut pendant 15 jours l'existence de l'infection utérine et ne prit aucune mesure pour l'enrayer. Il écartait systématiquement le diagnostic d'infection, sous prétexte qu'il y avait des phénomènes nerveux suffisants pour tout expliquer ; il se croyait absolument sûr de son antiseptic... il interdisait même les injections vaginales ! alors que le danger réel résidait dans l'infection. On dut pratiquer deux curettages consécutifs, et il fallut trois mois de soins très assidus pour sauver la vie de la malade, sans parler des reliquats de l'infection qui nécessitaient encore un traitement local, six mois après l'accouchement. Cet exemple justifie donc pleinement les remarques de M. Lallier sur la nécessité de rechercher dans l'infection des voies génitales la cause possible de la folie puerpérale.

Jules BATUAUD.

APPLICATION DE LA GALVANO-CAUSTIE THERMIQUE à la gynécologie,

Par le Dr Jules CHÉRON, médecin de Saint-Lazare.

(Suite.)

III. Hypertrophie des grandes et des petites lèvres.

L'hypertrophie des grandes et des petites lèvres est souvent en rapport avec la diathèse syphilitique. Le traitement doit naturellement dans ce cas être avant tout un traitement médical.

L'éléphantiasis vulvaire est une affection rare dans nos pays et, quand il existe, il atteint très-exceptionnellement des proportions assez considérables pour nécessiter une intervention chirurgicale. Il me suffira donc de dire que si cette intervention devenait nécessaire, l'ablation, après pédiculisation, à l'aide du couteau galvanique, serait le meilleur procédé de traitement, le danger qu'il faut éviter à tout prix dans cette région étant l'hémorrhagie.

L'hypertrophie simple des grandes et des petites lèvres, sans éléphantiasis, et en dehors de toute syphilis, s'observe quelquefois et j'en ai vu plusieurs exemples dans mon service de Saint-Lazare. Ce n'est que dans les cas où les malades sont notablement gênées, par exemple dans la marche et lorsqu'elles veulent s'asseoir, dans ceux où les lèvres sont assez développées pour rendre difficiles la miction et les rapports sexuels, ou bien lorsqu'il survient des excoriations douloureuses, par suite de la souillure des lèvres par l'urine, que l'ablation est indiquée. Breslon, Hégar et Kalténbach ayant remarqué que certaines incontinenances d'urine, survenues après les suites de couches et accompagnées d'hypertrophie des petites lèvres, devenaient moins marquées lorsque les lèvres diminuaient spontanément de volume, eurent l'idée d'enlever ces dernières au galvano-cautère et la guérison fut complète.

Enfin, il peut arriver que des abcès phlegmoneux des lè-

vres laissent à leur suite, après s'être complètement vidés au dehors, une hypertrophie gênante et disgracieuse, dont les malades désirent être débarrassées.

Tel est le fait suivant qui s'est présenté dernièrement à mon observation.

OBSERVATION XIX.

Hypertrophie des lèvres gauches. — Ablation à l'aide du forci-presseur à lames parallèles et la serpette du galvano-cautère. — Guérison.

Madame L..., 24 ans, mécanicienne, habitant Paris, vient à la clinique gynécologique du Dr Chéron, envoyée par son médecin, le Dr Mook, pour demander à être opérée d'une hypertrophie de la grande et de la petite lèvre gauches (décembre 1886).

Il y a deux ans, elle a eu un abcès phlegmoneux du volume du poing, dit-elle, survenu sans cause et occupant la grande et la petite lèvre gauches réunies en une seule masse très dure au début et sans changement de coloration à la peau. Il y a un an environ, à la suite d'un effort, les parties malades sont devenues très douloureuses, ont rougi et finalement il s'est fait une ouverture par laquelle du pus est sorti en grande quantité pendant une semaine environ. Une fois la suppuration tarie, la malade s'est aperçue que la grande et la petite lèvre gauches ne diminuaient pas de volume, restaient accolées sous la forme d'un grand lambeau triangulaire disgracieux et gênant surtout pendant la miction.

On examine Mme L... et on vérifie son assertion ; l'opération étant vivement réclamée à la fois par la malade et par son mari, on décide l'ablation de cette tumeur pour le lundi suivant.

Opération. — La malade est soumise aux inhalations de chloroforme donné par M. Aubeau. Lorsque la résolution est complète, M. Chéron place son forci-presseur à lames parallèles sur les lèvres hypertrophiées dont la pédiculisation linéaire se fait très facilement. Pour obtenir une réunion par 1^{re} intention, les lames sont serrées aussi complètement que possible et six fils d'argent sont placés, par l'opérateur, au-dessous du forci-presseur, à un centimètre de distance chacun et les fils sont tous réunis, sans être serrés, en un seul faisceau et confiés à un aide. La serpette de galvano-cautère portée au rouge sombre par les accumulateurs est alors passée sur les deux lames externes du forci-presseur en rasant celles-ci dans toute leur étendue, pen-

dant que la masse est attirée en avant à l'aide d'une pince à griffes. Cette section se fait sans hémorrhagie. On enlève alors le forci-presseur et on tord les fils d'argent sur la section linéaire ainsi obtenue. Pansement à l'acide picrique et à la gaze iodoformée. Repos au lit pendant huit jours. Potion bromurée.

Six jours après on enlève les fils et on constate que la réunion s'est faite par première intention et sans suppuration ; les deux côtés de la vulve sont symétriques et il n'y a, du côté gauche, qu'une cicatrice rougeâtre qui disparaîtra bientôt.

La malade revient à la clinique, dans les premiers jours du mois de janvier 1887, une quinzaine de jours après l'opération. Le résultat est excellent et c'est à peine si l'on peut voir la cicatrice linéaire qui indique qu'il y a eu une intervention chirurgicale.

OBSERVATION XX.

Hypertrophie de la grande lèvre gauche ayant amené l'impossibilité de la marche. — Amputation par la galvanocautie thermique à l'aide du forcipresseur à lames parallèles, — Guérison rapide.

La nommée Élise R..., modiste, entre dans le service salle Sainte-Marie, lit 11, le 5 mars 1876.

Elle est âgée de vingt et un ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Sa santé est bonne, les règles sont régulières.

Elle porte au cou une cicatrice d'abcès ganglionnaire. L'aîne droite est le siège d'une cicatrice semblable.

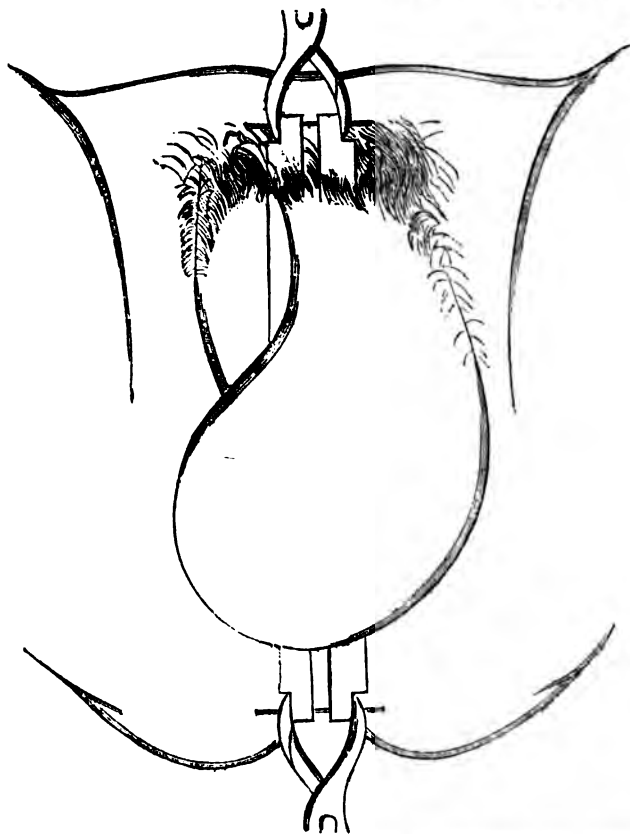
Cette malade raconte qu'elle ne peut plus marcher depuis cinq mois. La lèvre droite, qui est considérablement hypertrophiée, a commencé vers cette époque à augmenter de volume. Peu à peu survinrent des douleurs irradiant dans la partie antérieure de la cuisse droite, dans l'aîne et dans les reins, chaque fois que la malade essayait de la station verticale.

En même temps que survenaient ces douleurs, le volume de la tumeur augmentait, et ce nouvel accroissement de volume, aussi bien que la douleur, disparaissaient avec la position horizontale.

Incapable de se livrer à aucun travail, cette malade entre dans le service pour se faire guérir de cette affection.

A son entrée, nous constatons l'augmentation de volume, considérable de la grande lèvre gauche. Cette tumeur est un peu plus colorée que la lèvre à l'état normal. Sa forme est celle d'une

courge. Son volume est égal à celui d'une poire de moyenne grosseur. Toute l'hypertrophie qui donne à l'organe la consistance du muscle, est limitée à la partie libre de la grande lèvre, surtout à l'extrémité inférieure. C'est par la base, d'après les détails que donne la malade, que s'accroît cette hypertrophie.



La grande lèvre gauche est un peu augmentée de volume, mais elle garde sa consistance, sa coloration et son volume en état normal.

La fourchette est légèrement indurée. Toute la vulve, le vagin et le col sont violacés et indiquent l'existence d'une congestion passive.

Nulle part, il n'existe trace d'ulcération.

Vu les antécédents strumeux de la malade, je n'hésite pas à rapporter cet état à une forme d'affection scrofuleuse, aux préludes d'une éclosion d'esthiomène hypertrophique.....

Le diagnostic que je porte, et qui me semble suffisamment établi par ces considérations, me fait éloigner tous les moyens, infidèles d'ailleurs, auxquels on donne le nom de *fondants*. Cependant, la malade refusant l'opération que je lui propose, je fais pratiquer des embrocations avec l'onguent napolitain. Plus tard, aucun résultat ne s'étant produit, j'emploie la teinture d'iode, la compression par le collodion, toujours sans succès.

Lassée d'attendre une guérison qui ne vient pas, notre malade se décide à laisser enlever cette tumeur, qui la rend incapable de tout travail.

Vu le volume et la longueur de la partie à enlever, je fais préparer deux lames en buis, de 8 centimètres de longueur, sur 12 millimètres de largeur et 6 millimètres d'épaisseur, se montant sur les pinces et pouvant pédiculiser et enserrer complètement la base de la lèvre hypertrophiée (fig.).

Ces deux casseaux parallèles sont mis en place, et des mouvements alternatifs de serrement, pratiqués avec l'une et l'autre pince, massent la base de la lèvre à l'aide des deux lames de buis, et réduisent peu à peu l'épaisseur de ce pédicule.

Lorsque les deux lames ne sont plus qu'à une distance de 4 millimètres à peu près, je serre brusquement les deux pinces et j'accroche leurs crémaillères respectives.

Ce moment est le seul temps douloureux de l'opération. La malade, qui a désiré ne pas être endormie par le chloroforme, pousse un cri. La douleur dure à peine quinze secondes et disparaît complètement.

La partie enserrée par les lames du forcipresseur est violacée et turgide. Peu à peu elle pâlit et semble devenir exsangue. Sans provoquer aucune sensation, je puis piquer, couper la tumeur.

Je laisse l'appareil en place pendant dix minutes, la patiente ne souffrant pas. A ce moment, je me prépare à détacher la tumeur, le long des deux lames parallèles avec le couteau galvanique. Renversant celle-ci sur le côté droit, je promène le couteau porté au rouge blanc sur toute l'étendue du pédicule de la tumeur que je détache dans l'espace de quelques minutes, sans hémorrhagie, et sans faire éprouver de souffrance à l'opérée.

Le couteau maintenu au rouge sombre, est ensuite promené sur la partie enserrée entre les deux lames, et une eschare sèche et assez épaisse qui maintiendra pendant quelque temps en contact les bords de la plaie, est le résultat de cette cautérisation.

La plaie, quoique résultant de la section galvanique, peut être réunie par première intention.

En effet, l'eschare a à peine deux millimètres de largeur. Si on l'abandonne à elle-même, elle se déchirera quelques heures plus tard, comme je l'ai signalé plus haut, et une plaie de la largeur de la base de la lèvre suivra la voie de réparation habituelle. C'est ce qui a lieu dans ce cas où nous laissons la plaie se cicatriser par seconde intention, sous l'influence du pansement picrique tel que je le pratique dans toutes les opérations.

Cette surface pâle et exsangue limitée par l'eschare, ayant la forme ovale allongée de la base de la tumeur, est badigeonnée avec la solution alcoolique à 2 pour 100, et un gâteau de charpie picrique au 1/2 millième est appliqué sur la plaie. Sous l'influence de ce moyen, la plaie sécrète un liquide clair, et prend une couleur rosée, et la cicatrisation marche assez rapidement pour que, vingt-six jours plus tard, la guérison soit complète, ne laissant qu'une cicatrice linéaire de quelques millimètres de largeur.

Il n'y a eu aucun phénomène de réaction inflammatoire, et, sous l'influence du petit nombre de pansements effectués, la guérison a marché sans complications.

Comme je l'ai signalé dans le cours de l'observation, on peut arriver à faire la suture avant d'enlever les lames du forcipresseur, sans séparer les deux bords de la plaie ; de cette façon, on est sûr de laisser au dehors toutes les parties touchées par le cautère, et de ne pas mettre un seul instant à l'air les parties profondes. Pour atteindre ce but, j'ai fait pratiquer des ouvertures sur les tranches des lames parallèles du forcipresseur. Ces ouvertures, placées en regard sur chaque lame, sont assez larges pour laisser pénétrer facilement un mince trocart monté sur manche et privé de sa canule.

Les tissus comprimés sont si résistants qu'une épingle portée avec l'aide d'une pince ne peut les traverser. Il faut d'abord employer ce trocart à tige mince, et placer l'épingle dans l'ouverture pratiquée par celui-ci. Les têtes des épingles étant sectionnées avec la pince coupe-net, on enlève facilement les lames du forcipresseur, en laissant en place les épingles. Il n'y a plus qu'à placer le fil qui termine la suture entortillée.

OBSERVATION VI.

V. Kystes de la glande de Bartholin.

Les kystes de la glande vulvo-vaginale sont des kystes par rétention, à la suite de l'oblitération du conduit principal ou de l'un des conduits secondaires.

De forme ovalaire, allongée suivant la longueur de la grande lèvre, ils siègent dans la partie postérieure de celle-ci et se reconnaissent facilement en saisissant la grande lèvre entre le pouce et l'index placés l'un dans le vagin, l'autre au niveau du pli génito-crural.

Ils contiennent un liquide visqueux et filant comme du blanc d'œuf, quelquefois un liquide absolument limpide et séreux, mais la poche s'enflamme assez facilement sous l'influence de la marche ou de frottements répétés, alors le kyste devient un véritable abcès qui tend à s'ouvrir au dehors, le plus souvent dans un point plus ou moins élevé, en sorte que la poche se vide toujours mal et que la guérison spontanée est très rare.

La ponction suivie d'injections irritantes donne peu de résultats ; l'extirpation présente souvent de réelles difficultés, aussi la meilleure méthode consiste-t-elle à ouvrir largement le kyste après ponction, s'il y a lieu, à cautériser légèrement les parois de la poche et à appliquer un pansement antiseptique qui, atteignant facilement toute la surface de la plaie, favorisera une cicatrisation rapide et complète. Cette opération peut se pratiquer avec l'instrument tranchant, le thermo-cautère ou le fil galvanique.

L'incision simple, avec le bistouri, est tout à fait insuffisante pour mettre à l'abri des récidives ; la section au thermo-cautère a l'inconvénient de créer une plaie irrégulière, profonde, dont la cicatrisation est toujours lente à se faire ; il y a donc lieu de donner la préférence au fil galvanique dont la section est bien plus régulière.

Voici comment je procède :

Si le kyste est ouvert au dehors, si le canal excréteur de la glande n'est pas obstrué, j'introduis par cette ouverture mon trocart courbe. S'il n'existe pas d'orifice, j'en crée un par la ponction et je vide la poche de son contenu muqueux, séreux ou purulent. Dirigeant mon trocart vers le point le plus déclive, je pratique une contre-ouverture en ce point, laissant en place la canule et retirant le trocart à lame tranchante, que je remplace par le fil de platine. J'enlève alors la canule et je mets le fil de platine en rapport avec les deux réophores de l'accumulateur en le saisissant, à quelques centimètres des

orifices d'entrée et de sortie, avec deux pinces à artère. Le fil rougit et sectionne le kyste de dehors en dedans grâce à des tractions légères et à des déplacements successifs de gauche à droite et de droite à gauche (comme par la manœuvre de la scie à chaîne).

Le kyste (ou l'abcès) étant ainsi largement ouvert, rien n'est plus facile que de cautériser légèrement toute la surface de la poche avec le couteau courbe du galvano-cautère et d'appliquer un pansement antiseptique : ouate phéniquée, gaze iodoformée, charpie imbibée d'acide picrique au 1/1000, etc. La guérison est alors rapide.

OBSERVATION XXI (1).

Kyste de la glande de Bartholin déterminant des métrorrhagies réflexes. — Ouverture du kyste par la galvano-caustie thermique. — Disparition des métrorrhagies.

J'avais dans mon service, salle Saint-Joseph, n° 10, une fleuriste âgée de 26 ans, atteinte à chaque instant de poussées congestives avec hémorrhagies.

Bien réglée jusqu'au mois de juin dernier, nous étions en décembre, elle avait vu peu à peu le trouble survenir dans la période menstruelle et, en dernier lieu, des hémorrhagies sous formes de crises accompagnées de sensation de chaleur intérieure, de pesanteur dans le petit bassin, d'envies fréquentes d'uriner.

Jusqu'au moment où sont survenus ces troubles, la santé de cette malade avait toujours été excellente.

Examinée pendant la période hémorrhagique, on retrouve chez elle les conditions particulières qui caractérisent la congestion hémorrhagipare. Il n'existe du côté de l'appareil utéro-ovarien la trace d'aucune autre affection.

Elle appelle mon attention sur une petite masse ronde située au tiers inférieur de la grande lèvre gauche et dans son épaisseur, petite masse qui devient douloureuse quelques jours avant l'apparition des pertes.

Cette petite tumeur est un petit kyste de la glande de Bartho-

(1) Cette observation a été publiée dans nos Leçons sur la congestion utérine. Voir *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*, 15 août 1879.

lin dont la malade ne connaît l'existence que depuis qu'elle a vu survenir des hémorrhagies.

Examinée de nouveau entre les crises et au moment où la petite tumeur devient douloureuse, je constate que dans cette dernière circonstance le col et les culs-de-sac vaginaux ne présentent aucun signe objectif de congestion, tandis que la muqueuse qui recouvre le kyste est devenue violacée. Celui-ci semble augmenté de volume ; il est très sensible à la pression.

La névralgie lombo-abdominale qui accompagne la congestion est peu intense, elle se caractérise par deux points douloureux à la région lombaire, un point à la région sacrée, un point au niveau de la crête iliaque gauche.

Un vésicatoire morphiné et camphré est appliqué sur chacun de ces points : les hémorrhagies cessent et la période menstruelle à son prochain retour ne prend pas la forme hémorrhagique.

Je croyais avoir triomphé de l'affection lorsque la malade, après avoir travaillé et frotté le parquet de la salle, descend à la visite se plaignant de douleurs dans le kyste de la glande vulvo-vaginale dont l'aspect violacé annonce une hémorrhagie imminente.

Le repos absolu est conseillé, et une potion bromurée, destinée à modifier le pouvoir excito-moteur de la moelle, est administrée aussitôt. Malgré ces précautions l'hémorrhagie apparaît vingt-quatre heures plus tard.

Les points douloureux sur lesquels des vésicatoires ont été appliqués sont à peine perceptibles à la pression.

Ce fait me donne à réfléchir et je considère ce petit kyste comme le point d'irritation périphérique sous l'influence de laquelle s'établissent les conditions de la congestion hémorrhagique et je propose à la malade d'opérer cette petite tumeur.

L'hémorrhagie terminée, tout étant rentré dans l'ordre habituel, le chloroforme est administré et je passe à travers le kyste, sur la face interne de la grande lèvre, un fil de platine à l'aide d'un trocart courbe. Les deux extrémités du fil étant prises par les pinces montées sur les électrodes de la pile à galvano-caustie, la section est pratiquée de la profondeur du kyste vers la face interne de la grande lèvre.

La surface interne du kyste est ensuite cautérisée avec le couteau galvanique. Les pansements sont faits avec de l'acide picrique et la cicatrisation s'effectue complètement en moins d'un mois.

La malade reste au lit pendant 15 jours ; en se levant elle ne se

livre à aucune fatigue et, pendant tout le mois de la cicatrisation, les règles seules font leur apparition d'une façon normale. Le mois suivant, il ne se fait aucune hémorrhagie. La malade va et vient, travaille, frotte le parquet de la salle, il n'y a plus de poussées congestives. Elle reste après guérison, comme fille de salle dans l'hôpital pendant plus d'une année, aucun accident hémorrhagique ne se reproduit.

OBSERVATION XXII.

Kyste hématique de la glande de Bartholin droite. — Ponction et incision par la galvano-caustie thermique. — Guérison.

Marie C. . . . , 35 ans, entre dans mon service de Saint-Lazare, le 29 décembre 1886, pour un chancre mou de l'urèthre et un kyste de la glande de Bartholin droite.

Au dire de la malade, la grande lèvre droite aurait commencé à grossir sans amener de douleur et de changement de coloration à la peau, il y a 7 à 8 ans. Elle n'aurait jamais souffert de cette tumeur.

En prenant entre le pouce et l'index, placés l'un, dans le vagin, l'autre, au niveau du pli génito-crural, la grande lèvre droite dans sa moitié postérieure, on sent une masse très dure, très résistante, grosse comme un petit œuf, ronde et lisse à sa surface, non sensible à la pression.

Avec un trocart de petit calibre, je ponctionne la tumeur que je pensais être un kyste séreux de la glande de Bartholin ; rien ne passe, à mon grand étonnement, par la canule du trocart, mais aussitôt que celui-ci a été retiré, je puis faire sourdre par l'orifice de la ponction une petite quantité de matière brunâtre demi-liquide, sans odeur. Nous avions probablement affaire à un *kyste hématique*.

Séance tenante, j'ouvre largement le kyste à l'aide de l'anse de platine par le procédé que j'ai décrit plus haut et je puis retirer environ trois cuillerées à bouche de sang altéré, couleur chocolat et demi-liquide. La section a été pratiquée sans hémorrhagie.

Pansement à l'acide picrique, en solution saturée, tous les jours. La chute de l'eschare n'amène aucune hémorrhagie. — Attouchements de la cavité avec le crayon de nitrate d'argent. — Pansement iodoformé.

La guérison est obtenue à peu près complète, le 15 février 1887, au moment où je rédige cette observation.

V. — Vaginisme par cicatrices douloureuses de l'hymen.

Les déchirures de l'hymen pendant la défloration amènent quelquefois la formation de cicatrices tellement douloureuses que le plus léger attouchement des caroncules détermine une contracture du constricteur du vagin et du transverse du périnée, en même temps qu'il existe un consensus général de tous les muscles susceptibles d'amener la préservation, par occlusion, des organes génitaux externes. Telle est une des lésions qui est le plus fréquemment le point de départ du vaginisme.

D'autres fois cette affection est due à une inflammation érythémateuse localisée dans le sillon hyménéo-vulvaire. Ces deux causes peuvent s'associer et s'observent souvent réunies chez la même personne.

Dans ces conditions il est très difficile de pratiquer des pansements qui, du reste, n'auraient guère de chance d'amener des résultats sérieux. Souvent même, pour déterminer exactement les points douloureux, on est obligé de recourir à l'anesthésie générale ou locale, tellement la malade redoute un examen ; mais il faut, dans ce cas, examiner la vulve avant que l'anesthésie soit complète, car les lésions sont si minimes qu'on a besoin d'être renseigné par la malade pendant qu'on recherche les nodus cicatriciels.

Depuis l'emploi de la cocaïne cette recherche est devenue beaucoup plus facile.

On a proposé, dans le cas qui nous occupe, de pratiquer l'excision complète de l'hymen, mais c'est là une opération dangereuse qui a causé plusieurs fois des accidents dus à la richesse vasculaire et lymphatique de cette région et à la difficulté d'y appliquer des pansements antiseptiques. Il suffit, comme j'en ai eu plusieurs fois la preuve, d'exciser les nodus cicatriciels avec le couteau galvanique pour obtenir la guérison.

On sait, en effet, que les eschares galvano-caustiques des surfaces muqueuses tombent peu à peu en déliquium et par suite ne donnent lieu à aucune cicatrice.

D'un autre côté, en promenant le couteau galvanique sur le sillon hyménéo-vulvaire, on guérit radicalement l'inflammation érythémateuse dont nous parlions tout à l'heure.

Ces deux interventions ne présentent du reste aucun danger et l'emploi de la galvano-caustie thermique met le chirurgien absolument à l'abri de toute hémorrhagie, pourvu que le cautère soit chauffé au rouge sombre seulement.

OBSERVATION XXIII (recueillie par M. J. Batuaud).

Vaginisme déterminé par des cicatrices douloureuses de l'hymen avec inflammation érythémateuse du sillon hyménéo-vulvaire. — Incision double de l'hymen avec la flèche galvano-caustique, cautérisation avec le couteau du galvano-cautère. — Guérison.

M^{me} X..., âgée de 22 ans, mariée depuis 2 ans, vient consulter M. le Dr Chéron à sa clinique des maladies des femmes, pour une hyperesthésie vulvaire telle que les rapports sexuels ont toujours été impossibles. Bien plus, elle éprouve de vives douleurs à la vulve pendant la marche, lorsqu'elle va en voiture, etc. Au repos, elle ne ressent rien d'anormal au niveau des organes génitaux externes.

La malade est examinée le 15 février 1885. On constate seulement, dans le sillon hyménéo-vulvaire, aussi bien à droite qu'à gauche, une légère inflammation érythémateuse sans desquamation épithéliale, mais dès qu'on y touche M^{me} X... se recule, disant ressentir une vive douleur. L'hymen est incomplètement déchiré; dès qu'on essaie de le déplier, on tirelle les cicatrices qui partent du centre de la membrane, en deux ou trois points, et s'arrêtent à un centimètre environ de sa circonférence. On essaie inutilement de pratiquer le toucher vaginal, le doigt étant immédiatement arrêté par la contracture du sphincter vulvaire et du transverse du périnée. Il existe des apophysalgies des 7^e et 8^e vertèbres dorsales, comme cela est la règle, ainsi que l'ont établi les recherches de M. Chéron.

Pour dégager le rôle de la moelle dans ce cas de vaginisme, la malade est soumise au traitement suivant: Pointes de feu fines et nombreuses le long du rachis; bromure de potassium 2 grammes par jour.

Sous l'influence de ce traitement, continué pendant un mois, la malade ne souffre plus en marchant ni lorsqu'elle va en voiture, mais les rapports sexuels continuent à être impossibles. Il suffit du reste de faire, avec une flèche de papier, le plus léger, attouchement du sillon qui sépare la face interne des petites

lèvres de l'hymen et mieux encore d'essayer de déplier un peu celui-ci pour que les muscles du vagin et du périnée entrent en contracture.

On a pu à plusieurs reprises, à l'aide de badigeonnages de la vulve et de l'hymen avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/10, introduire un spéculum vaginal et constater l'absence de toute lésion profonde.

— Le 20 avril 1885, *opération*.

La malade est placée sur le fauteuil à spéculum, les jambes bien écartées, de façon à tendre fortement l'hymen.

Toute la région est badigeonnée plusieurs fois, en laissant quelques minutes d'intervalle, entre chaque badigeonnage, avec la solution de cocaïne, et, quand l'absorption de l'anesthésique est suffisante, M. Chéron transperce l'hymen avec la flèche aiguë du galvano-cautère, portée au rouge par l'accumulateur, à l'union du 1/3 inférieur avec les 2/3 supérieurs de la face interne de la petite lèvre gauche, juste à l'insertion de l'hymen, qu'il sectionne obliquement de dehors en dedans et de bas en haut ; cette section détruit la première cicatrice douloureuse.

La même manœuvre est répétée à droite et ne détermine qu'une très faible douleur.

Le couteau du galvano-cautère est promené à plat, dans le sillon hyménéo-vulvaire de chaque côté, sur toute la surface enflammée.

Lavage avec la solution picrique saturée.

Pansement avec la gaze iodoformée, ouate et bandage en T.

La malade devra garder le lit pendant quelques jours, continuer l'usage du bromure de potassium et viendra se faire faire des pointes de feu le long du rachis, si les apophysialgies persistent.

Le 8 juin, un mois et demi après l'opération, M. Chéron nous présente M^{me} X...

On peut écarter les petites lèvres, tirailler les caroncules myrtiliformes, pratiquer le toucher vaginal, introduire un spéculum bivalve ordinaire sans que la malade se plaigne aucunement. Les rapports sexuels s'accomplissent sans aucune douleur depuis quelque temps. L'inflammation érythémateuse du sillon hyménéo-vulvaire a complètement disparu et on ne peut trouver aucun point cicatriciel douloureux sur ce qui reste de l'hymen en partie déjà atrophié.

La guérison est donc complète.

(A suivre.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 novembre

INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES GRANDES NÉVRALGIES
PELVIENNES

M. RICHELOT. — Il est des femmes chez lesquelles les organes pelviens sains ou peu malades déterminent des névralgies pelviennes qui peuvent être modérées, mais dans certains cas ces douleurs sont violentes et continuelles, et il y a un état de nervosisme intolérable ou une incapacité de travail absolue.

Dans ces conditions, après avoir, comme on dit, « épuisé toutes les ressources de la thérapeutique », une intervention s'impose : la laparotomie ou l'hystérectomie vaginale.

La première peut rester purement exploratrice, ou mener à la rupture de simples adhérences, à la résection partielle d'un ovaire, à la castration unilatérale, enfin à l'extirpation double des ovaires et des trompes. De son côté, l'hystérectomie vaginale peut être bornée à l'ablation de l'utérus, ou comprendre en même temps les annexes.

Parmi toutes ces façons d'agir, la plus réservée peut vaincre des accidents graves, et la plus radicale manquer son but, tant sont bizarres et capricieux les troubles dont il s'agit. Mais les opérations complètes et rationnelles donnent le plus souvent de bons résultats.

Voici quelques exemples qui montreront l'utilité de ces opérations :

1^o Une femme de 28 ans, est opérée en 1890, pour une névralgie rebelle datant de cinq ans, nettement localisée à gauche. Je fis la laparotomie. L'ovaire gauche, que je croyais malade, était sain ; je le laissai en place. Par contre, j'enlevai l'ovaire droit qui contenait de petits kystes insignifiants. La malade guérit complètement ; elle était impotente avant l'opération, elle marche facilement après ;

2° Fille de 23 ans, nerveuse, ayant des attaques fréquentes, une humeur capricieuse, sensibilité ovarienne excessive. En 1891, j'enlève les deux ovaires qui sont sains et mobiles. Depuis, cessation des douleurs et des troubles nerveux ;

3° En 1890, je vis une femme de 27 ans, souffrant depuis cinq ans d'une névralgie pelvienne la tenant au lit ; j'enlève les deux ovaires, sans lésions. Depuis, la malade est complètement guérie ;

4° Jeune fille vierge, ayant des ménorrhagies prolongées, douloureuses, incapable de tout travail. J'enlève les deux ovaires polykystiques en 1891. Amélioration pendant quelques mois, puis réapparition des douleurs. J'enlève alors l'utérus, les douleurs disparaurent ;

5° Femme de 35 ans, qui souffre cruellement depuis neuf ans, au niveau de l'ovaire gauche. J'enlève l'ovaire gauche qui est normal, sans adhérence. Suppression des douleurs pendant neuf mois, mais réapparition de ces douleurs au bout de ce temps. Une hystérectomie vaginale secondaire est suivie d'une guérison complète ;

6° Une fille de vingt-huit ans, morphinomane, a une douleur extrême et permanente au niveau de l'ovaire gauche. Je fis une laparotomie ; l'ovaire gauche, siège de la douleur, était absolument normal, le droit avait un petit kyste que j'enlevai, en respectant l'ovaire lui-même. Les douleurs, après avoir momentanément disparu, reparurent. Je fis alors l'hystérectomie ; les douleurs disparaurent ; malheureusement, elle resta morphinomane.

Chez certaines malades, j'ai pratiqué d'emblée l'hystérectomie vaginale contre les grandes névralgies pelviennes. En voici quelques exemples :

7° Une femme de trente-trois ans a des ménorrhagies et des douleurs névralgiques violentes et continuelles, sans lésions apparentes, du côté du petit bassin ; sensibilité extrême à l'examen. J'enlève par le vagin l'utérus mobile, les trompes saines et les ovaires contenant une ou deux petites vacuoles insignifiantes. Depuis, la malade ne se plaint plus de rien.

8° Une femme de vingt-six ans a depuis sept ans des douleurs abdominales épouvantables et un état de nervosisme intolérable. Les culs-de-sacs sont très sensibles, mais sans tumeur ni empâ-

tement. J'enlève l'utérus volumineux, puis les trompes et les ovaires à peu près sains. Une année après je revois la malade ; elle est bien portante et n'a plus de névralgie pelvienne.

9° Femme de 41 ans, très nerveuse, a des douleurs vives dans le petit bassin depuis sa dernière couche ; des ménorrhagies, des troubles dyspeptiques, des vomissements, une incapacité de travail absolue se sont ajoutés aux douleurs.

Malgré l'absence de lésions pelviennes, j'enlève l'utérus et les annexes. Tous les accidents disparaissent ; la malade est au bout d'une année en parfait état de santé.

10° Une femme de 28 ans, hystérique, est, depuis huit ans, presque toujours couchée par suite d'épouvantables névralgies pelviennes, elle se nourrit à peine et a beaucoup maigri. J'enlève l'utérus et les annexes normaux et, après la guérison de l'opération, la malade retourne chez elle guérie, absolument transformée.

11° Une femme de trente-neuf ans a depuis trois ans des douleurs pelviennes continues, paradoxales, étant données la mobilité de l'utérus et l'intégrité des annexes. Cette fois j'enlève l'utérus et je laisse les ovaires. Deux mois après, je perds de vue la malade, qui est complètement guérie.

M. Richelot relate encore quatre observations analogues. Dans un cas seulement, chez une femme de trente-six ans, il y eut un insuccès, et cependant l'utérus fut enlevé d'un seul bloc, malgré les adhérences molles du cul-de-sac de Douglas, et avec lui deux ovaires scléro-kystiques et les trompes saines.

M. Richelot conclut ensuite :

J'ai montré que l'incision abdominale suivie d'une opération sur les annexes ne réussit pas toujours à supprimer les douleurs. D'autre part, avec l'hystérectomie vaginale, sur neuf observations — sans parler des hystérectomies vaginales secondaires, qui m'ont toujours donné des résultats complets — il y en a huit où le succès n'est pas contestable, une seule où je n'ai pas atteint mon but.

Si donc je me fonde sur la simplicité relative de l'opération dans les cas de ce genre, sur l'inutilité de conserver l'utérus après l'ablation des ovaires, enfin sur mes observations, je pense qu'il faut regarder l'hystérectomie vaginale comme la plus sûre des deux méthodes contre les névralgies pelviennes. Je ne

recommande pas de l'appliquer toujours, sans autre examen. Bien au contraire ; les malades de cette catégorie ne peuvent se traiter sommairement ; les conseils d'abstention, de réserve, d'intervention exploratrice et limitée doivent être écoutés et obéis, comme je l'ai fait plus d'une fois. Mais il faut bien avouer qu'il y a des cas où la souffrance et le désespoir des malades imposent un complet sacrifice, et c'est alors que les chirurgiens sans timidité et sans système ont le devoir d'abandonner, s'il le faut, leurs vieilles habitudes, pour suivre jusqu'au bout l'indication vraie.

M. RECLUS. — Je ne désire aujourd'hui vous soumettre que quelques remarques sur cette intéressante question, après vous avoir communiqué deux faits qui s'y rapportent. Il y a environ 10 ans, j'assistais à une opération de Battey, faite sur une malade atteinte de très vives douleurs pelviennes. Le résultat fut merveilleux pendant six mois, durant lesquels cette femme ne ressentit aucunes souffrances ; mais celles-ci ne tardèrent pas à revenir aussi intenses qu'auparavant, ce qui décida un chirurgien à pratiquer l'ablation de l'utérus. Même résultat heureux fut obtenu pendant un an ; puis, nouvelle récurrence des douleurs, qui ont amené la malade à l'emploi de la morphine, dont la malheureuse fait actuellement un abus considérable.

Depuis cette époque, j'ai pu observer un retour des accidents douloureux sur une femme chez laquelle j'avais diagnostiqué un kyste de l'ovaire, accompagné de très vives douleurs. Le ventre ouvert, au lieu de trouver un kyste, j'en trouvai deux, dont je fis l'extirpation. Malgré cette double ablation, les souffrances reparurent au bout de quelque temps et ont persisté.

Je serai donc porté à faire quelques réserves sur la valeur de ces opérations dans ces cas de névralgies. D'ailleurs, tout en louant M. Richelot d'avoir pu nous fournir des renseignements sur les suites éloignées de quelques-unes de ses opérations, je regrette que notre confrère n'ait pas insisté davantage sur le diagnostic de ces grandes névralgies pelviennes et qu'il ne nous ait pas indiqué les cas dans lesquels l'opération doit être entreprise. Il me semble qu'à ce point de vue quelques distinctions méritent d'être consignées.

M. QUENU. — La question des névralgies de l'ovaire est un sujet complexe encore assez obscur. On ne sait, en effet, s'il en

existe en dehors de l'hystérie, aucune démonstration n'en ayant encore été faite d'une façon incontestable. Il serait cependant important d'en avoir la preuve si l'on admet que toute opération est impuissante contre les douleurs d'origine hystérique.

Quant aux résultats qui suivent ces opérations dans les cas où elles ont été faites alors qu'il existait des lésions des annexes, nous avons tous assisté à des récides d'accidents douloureux, après des mutilations plus ou moins étendues. D'ailleurs, l'existence de certaines lésions, la lésion scléro-kystique, par exemple, dont on a parlé, n'est pas nécessairement accompagnée de douleurs, et j'ajouterai que, d'après un certain nombre de pièces que j'ai examinées, cette altération n'est pas aussi fréquente qu'on l'a dit. J'ai plus d'une fois constaté que les ovaires étaient sains, bien que leur ablation eût été pratiquée dans le but de guérir des douleurs, dépendant de toute autre cause. Il y a, à ce point de vue pathogénique, une inconnue que les faits de l'avenir seuls pourront aider à résoudre, ce qui amènera à faire une classification d'où surgiront les indications opératoires.

M. TERRIER. — Lorsque, il y a quelques années, la Société s'est entretenue de l'opération de Battey, je me rappelle avoir soulevé cette question, sur laquelle M. Richelot est revenu aujourd'hui, et, à cette occasion, j'ai fait remarquer qu'en présence d'une femme au ventre douloureux, deux questions devaient être résolues. En premier lieu, on a à rechercher, comme je le disais alors, si cette femme est hystérique ; et pour cela il me paraît nécessaire qu'un examen soit fait par un médecin familier avec les explorations nécessaires en ce cas.

En second lieu, si l'hystérie n'est pas en cause, il n'y a pas à se contenter du diagnostic de douleurs pelviennes pour prendre le bistouri, il faut chercher à en découvrir la cause. Proviennent-elles d'une lésion indépendante des organes génitaux internes ? Puisent-elles leur source dans l'utérus ou dépendent-elles d'une affection des annexes ? Ce sont là autant de questions à résoudre tout d'abord.

Je sais que, lors de ma première communication, les données de l'histologie pathologique concernant les ovaires étaient encore bien confuses, et que, pour ce qui avait rapport à leurs nerfs, Ranvier et Malassez m'avaient avoué leur ignorance. Depuis ce jour, peu de progrès semblent s'être réalisés, ou du moins ils ne

sont encore guère profitables au point de vue de l'intervention.

C'est cependant là le point important, car, malgré les succès que l'on enregistre parfois, dès maintenant, on ne cessera réellement d'agir à l'aveugle que le jour où les lésions utéro-ovariennes seront éclairées et où la nuit ne régnera plus sur l'hystérie.

M. CHAMPIONNIÈRE. — Si l'on est encore dans l'ignorance à l'égard de l'évolution des névralgies pelviennes, la raison en est assurément à ce qu'il est fort difficile de les localiser, mais ce qui n'est pas contestable, c'est qu'elles peuvent ne pas reparaitre après une opération. N'est-ce pas là un motif pour ne pas cesser d'intervenir ? On vient de faire cette objection que certaines douleurs dépendent de l'hystérie et que quelques autres n'ont aucun rapport avec les ovaires restés sains ; j'y répondrai par des faits, en disant que des castrations, pratiquées dans ces deux circonstances, ont guéri mes malades. Pourquoi, après l'échec des ressources thérapeutiques ordinaires, ne pas enlever, chez les hystériques, l'épine provocatrice des accidents pelviens ? Pourquoi ne pas castrer une femme, dont la vie, jour et nuit, n'est que souffrance continue, puisque l'ablation d'ovaires, quoique intacts, n'en donne pas moins un succès ? A plus forte raison, si les ovaires sont scléro-kystiques, que ce soit chez une hystérique ou une autre, je me demande pourquoi on ne ferait pas la castration, puisque l'opération est suivie de soulagement. C'est ainsi que j'agis encore chez les malheureuses, qui, pour calmer les souffrances de menstruations douloureuses, sont arrivées à se morphiniser. La suppression des ovaires soulage plus que les injections toxiques.

Je me range donc à l'opinion de M. Richelot, ayant eu la preuve que ces états douloureux sont calmés par l'ablation des ovaires et de l'utérus. Je n'ignore pas qu'on a critiqué une telle manière de faire en disant qu'il est difficile de juger le bien fondé de ces observations et que l'on ne sait pas trop au juste ce que l'on fait ; mais peu importe, n'est-ce pas ainsi que l'on agit en maintes occasions en chirurgie, sans que cette conduite puisse être coupable, puisqu'il n'y a rien de mieux à faire que ce que nous faisons. C'est là de la bonne pratique chirurgicale et, dans le cas actuel, les laparotomies me paraissent parfaitement indiquées, le phénomène douleur étant suffisant pour armer notre main.

M. VERNEUIL. — M. Richelot nous a dit que l'on était autorisé à faire la laparotomie quand on a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique. Il est utile de s'entendre sur ce point et avant d'opérer, de savoir quel traitement on a tenté, car j'ai vu plusieurs fois que ce traitement avait été insuffisant.

Donc, un peu plus de précision à ce point de vue et, d'autre part, arriver à poser un bon diagnostic, voilà ce qui me paraît essentiel, avant de commencer une laparotomie. En attendant que l'on soit suffisamment instruit, le mieux, à mon avis, est de s'abstenir de toute intervention.

(*Bull. méd.*)

Séance du 16 novembre 1892.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES GRANDES NÉVRALGIES PELVIENNES.

M. REYNIER reprend la question soulevée dans la dernière séance par M. Richelot. Il s'est occupé de cette question et pense que l'intervention opératoire ne donne pas souvent d'excellents résultats.

En premier lieu, ce chirurgien croit que les névralgies liées à des névrites ou à des névromes sont exceptionnelles ; elles sont, du reste, faciles à traiter par l'ablation de l'organe malade ; mais c'est dans le système central que se trouve le siège de la douleur et c'est là qu'il faut le chercher. Il y a, en effet, des fausses nerveuses comme il y a des fausses urinaires.

M. Reynier divise ces malades en deux groupes : les neurasthéniques et les hystériques. Chez les neurasthéniques, il n'y a pas de lésion ; il y a localisation sans motif de la douleur sur un point, douleur qui s'accroît par l'idée que s'en fait la malade. Ces femmes sont des hypochondriaques et confluent à la folie. A ce propos, M. Reynier cite le fait d'une patiente qui devint folle après l'ablation de deux trompes suppurées ; puis le cas d'une malade qui, après un curetage, perdit aussi la raison. De même aussi pour un kyste de l'ovaire, dont l'opération donna lieu à une nouvelle crise de folie. Il faut donc être très prudent et y regarder à deux fois avant d'opérer.

Les hystériques sont très nombreuses et forment la plus grande classe des femmes atteintes de névralgies pelviennes. Dans

celles-ci on rencontre tous les degrés de réaction dans la douleur. Telle malade souffrira pour une lésion qui laissera l'autre indifférente. C'est donc à l'hystérie qu'il faut attribuer la douleur et non à la maladie, car les ovaires scléro-kystiques ne sont pas, pour M. Reynier, suffisants pour expliquer les phénomènes douloureux.

Et cependant, l'opération, comme le dit M. Championnière, semble soulager les malades ; mais ces soulagements ne sont que passagers et ici M. Reynier cite sa statistique, se composant de 15 femmes dont 9 ont recommencé à souffrir peu de temps après l'opération. On a même noté l'aggravation des douleurs après la castration double. Quant aux succès plus durables, ils doivent être attribués à la suggestion, aux phénomènes d'inhibition.

M. Reynier conclut en disant qu'il faut être très réservé dans la décision de l'opération et n'y arriver qu'après avoir épuisé tous les moyens de traitement. Ce n'est que lorsque tout aura été essayé qu'il faudra faire, comme M. Richelot le conseille, l'extirpation de l'utérus. M. Reynier cite 2 observations dans lesquelles l'ablation de cet organe a amené la disparition des douleurs.

M. KIRMISSON cite l'observation d'une femme hystérique présentant de grandes douleurs dans le pelvis. Il pratiqua l'ablation des deux ovaires à peine scléro-kystiques et tout d'abord un mieux sensible se produisit ; mais, au bout de quelque temps, les douleurs revinrent aussi intenses qu'auparavant. Le seul point délicat dans cet ordre de faits est de savoir si la douleur est sous la dépendance d'une véritable lésion locale, ou si elle provient du système central.

M. TERRILLON ne veut que donner sa statistique. Il a fait 10 opérations de ce genre et s'est efforcé de ne pas intervenir chez les hystériques. 4 fois il eut cependant la main forcée et échoua complètement ; les douleurs reparurent. Chez les 6 autres malades au contraire, qui ne présentaient aucun phénomène nerveux, 5 fois M. Terrillon a obtenu des succès ; il ne cite pas la 6^e malade opérée depuis trop peu de temps. Chez ces différentes femmes qui ont été améliorées par l'opération, il y avait toujours des adhérences.

M. ROUTIER a fait plusieurs opérations de ce genre et a aussi remarqué qu'il existait des adhérences. Il cite l'observation d'une femme opérée de la castration d'un seul côté au dire de la malade

et qui continuait à souffrir ; M. Routier fit une seconde laparotomie, car il avait senti un point induré qui ressemblait à l'ovaire respecté. Il trouva un paquet épiploïque à la place de l'ovaire qui avait été enlevé de ce côté comme de l'autre.

M. Pozzi fait deux classes distinctes dans ces névralgies : celles sous la dépendance d'une lésion si petite qu'elle soit et celles au contraire qui ne paraissent symptomatiques d'aucune lésion.

Dans le premier cas, qu'il s'agisse d'un ovaire prolabé, d'un utérus infantile, etc..., si l'élément douleur est considérable, il faut opérer. Au contraire, quand on ne trouve que des organes sains, la question prête à discussion.

Il faut d'abord, bien entendu, comme l'a dit M. Richelot, qu'une thérapeutique éclairée ait été appliquée ; et alors, quand il n'y a aucune lésion, on peut opérer ; mais il faut restreindre l'intervention à ces cas où on peut arriver par élimination à soupçonner le développement incomplet de l'utérus ou des ovaires : souvent les troubles dysménorrhéiques pourront guider le chirurgien.

Quand l'hystérie sera en jeu, il faudra s'abstenir, car l'opération ne donne aucun résultat.

Quant au mode d'intervention, c'est l'ablation des ovaires qu'il faudra faire si on trouve une petite lésion de ces organes. Ce sera l'hystérectomie dans les cas d'infantilité des organes génitaux.

(*La France méd.*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 novembre 1892. — Présidence de M. DESNOS.

HYSTÉRIE DÉVELOPPÉE CHEZ UNE FEMME OVARIOTOMISÉE.

M. DEBOVE. — L'observation que je vais rapporter m'a paru intéressante à vous signaler à cause des discussions récentes soulevées à la Société de chirurgie. Elle montre que l'ovariotomie non seulement ne guérit pas l'hystérie et les douleurs du petit bassin dites ovariennes et dépendant de cette névrose, mais qu'elle n'a même aucune action préventive.

Il s'agit d'une femme de 38 ans. En décembre 1889, on lui a enlevé les deux trompes et les deux ovaires qui furent trouvés alté-

rés. Elle guérit parfaitement et ses règles ne revinrent plus. Le 20 juin 1890, elle eut sa première attaque de nerfs, qui depuis cette époque a été suivie d'un certain nombre d'autres. Or, jamais on n'avait constaté aucune attaque, ni aucun signe d'hystérie avant l'opération, excepté une légère émotivité : aussi, croyons-nous devoir conclure que l'ovariotomie non seulement ne guérit pas l'hystérie, mais n'a même aucune action préventive.

Au moment où nous avons examiné la malade, elle présentait une hémianesthésie droite avec la douleur de la fosse iliaque dite douleur ovarienne. Ce fait montre que cette douleur n'est pas toujours ovarienne, ce que l'on pouvait supposer étant données les observations (dont nous avons publié plusieurs) de douleurs analogues chez l'homme.

Et cependant il s'agit bien d'une douleur présentant les caractères dits de la douleur ovarienne, la compression fait naître une attaque et l'application d'aimants amène un transfert de la douleur en question.

On peut donc conclure qu'une intervention ne met pas à l'abri ni de l'hystérie, ni de ses manifestations dites ovariennes ; je n'oserais pas affirmer qu'elle ne les a pas provoquées.

M. DESNOS. — J'ai pu observer des faits du même ordre ; j'ai vu deux fois l'aliénation mentale suivre l'opération de l'ovariotomie.

M. RENDU. — Beaucoup d'opérations de chirurgie abdominale peuvent donner lieu à des phénomènes de ce genre. J'ai fait opérer une femme chez laquelle on a pratiqué un anus contre nature ; mais 5 ou 6 jours après l'opération elle a commencé à divaguer. On ne put émettre l'hypothèse d'une intoxication par les substances employées pour le pansement. Car l'aliénation a persisté et la malade est morte aliénée.

M. BARIÉ. — M. Reynier m'a souvent fait remarquer qu'à la suite d'interventions sur le ventre, les femmes étaient prises de troubles cérébraux.

M. MATHIEU. — J'ai observé une malade à laquelle on avait enlevé les deux ovaires, et qui fut prise de nymphomanie quelque temps après.

(*La Médecine moderne.*)

SOCIÉTÉ DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE
PÆDIATRIE DE BORDEAUX*Séance du 12 avril 1892.*

ÉPITHÉLIOMA VÉGÉTANT DE LA MUQUEUSE UTÉRINE.

M. Coyne a examiné des membranes expulsées au moment des règles et attribuées à une dysménorrhée membraneuse : elles sont exclusivement composées de fibrine.

D'autres fragments, également expulsés de la cavité utérine, mais sans que cette expulsion fût douloureuse, ont à peu près le volume d'une noisette et présentent une forme de coquille, munie par conséquent d'une face convexe et d'une face concave.

Du côté convexe, ils sont réguliers et parsemés de nombreux points noirs constitués par des orifices vasculaires.

Sur leur surface concave, qui tout entière est grisâtre, on voit de nombreuses végétations en formes de papilles, reconnues de nature épithéliomateuse.

Après durcissement, ces différents fragments nous ont montré sur des coupes un stroma fin de tissu fibreux avec adjonction de tissu embryonnaire dans de très faibles proportions. — Dans ce stroma l'on découvre de nombreux groupes de cellules épithéliales profondément situées, et agglomérées de telle sorte qu'on croirait, de prime abord, avoir affaire à des glandes ; mais il n'y a là qu'une apparence, et M. Coyne n'a pas hésité à porter le diagnostic de : *épithélioma végétant de la cavité utérine*, sans pouvoir préciser si ces végétations appartiennent au col ou au corps utérin.

(Gaz. des Hôp. de Toulouse.)

Séance du 8 novembre 1892.

HÉMORRHAGIES UTÉRINES CHEZ LES FEMMES AGÉES.

M. MONOD. — Toute hémorrhagie utérine survenant après la ménopause est à bon droit tenue pour suspecte et constitue presque toujours le symptôme avant-coureur d'une lésion grave de l'utérus. Cependant les métrorrhagies ne sont pas fatalement l'indice d'un néoplasme utérin. Telle femme qui a cessé d'être réglée

depuis dix ans s'aperçoit qu'elle recommence à perdre du sang. Le chirurgien pratique un examen minutieux dont les résultats sont absolument négatifs. Je viens d'observer récemment trois faits de ce genre qui peuvent se résumer ainsi : hémorrhagies utérines rebelles survenant chez des femmes, bien portantes d'ailleurs, qui ont cessé d'être réglées depuis longues années et ne présentent aucune lésion appréciable des organes génitaux. Ces hémorrhagies peuvent être dues à diverses causes, locales ou générales. Les causes *locales* sont : 1° la *métrite*, qui n'est pas rare dans la vieillesse, bien qu'il semble au premier abord que l'atrophie sénile de l'utérus soit peu compatible avec la persistance d'un processus inflammatoire ; la ménopause, en effet, amène souvent la guérison de la métrite fongueuse et l'améliore presque toujours. Les auteurs rapportent cependant plusieurs cas de prolongation de cette affection jusqu'à un âge avancé (Sinéty, Trouseau, Bourlet). Barié cite même, d'après Tilt, un cas d'endométrite aiguë avec hémorrhagie chez une femme de soixante-quatre ans ; 2° une *tumeur fibreuse* interstitielle, assez petite pour échapper à l'exploration et assez rapprochée de la muqueuse pour y entretenir un état congestif permanent ; 3° l'existence de *polypes muqueux* cachés dans l'intérieur de la cavité utérine ; 4° l'*épithélioma de la muqueuse utérine*, la plus importante et peut-être la plus fréquente parmi les lésions non apparentes d'hémorrhagies chez les femmes âgées. M. Coyne a récemment appelé l'attention de la Société sur cette affection, mieux connue de nos jours et dont l'histologie et la clinique montrent la fréquence. Gusselow a pu en réunir 122 cas. Cette forme de cancer utérin est plus propre aux femmes âgées que le cancer du col.

En dehors des faits que je viens de passer en revue, il existe des cas où nulle cause locale ne peut être invoquée. Il faut alors admettre l'hypothèse d'une métrorrhagie essentielle, ou plus exactement d'une métrorrhagie liée à une *cause générale*. Les *traumatismes* chirurgicaux ou accidentels ont produit des épistaxis utérines. M. Terrillon a signalé ce fait en 1874, mais ne l'a observé que chez les femmes encore réglées ou de ménopause récente. M. Mossé a publié, en 1876, l'histoire d'une femme de soixante-sept ans, non réglée depuis quinze ans, chez laquelle la ponction d'un kyste de l'ovaire avait provoqué un écoulement sanguin vaginal et le retour des phénomènes cataméniaux subjectifs ordinaires.

Les *maladies générales* peuvent susciter une hémorrhagie pour l'utérus comme pour tout autre organe. Martin (de Berlin) avoue avoir examiné plusieurs femmes métrorrhagiques sans découvrir chez elles le moindre état pathologique palpable. Les métrorrhagies surviennent quelquefois, dit-il, chez les phtisiques, assez souvent dans les maladies du cœur, du foie ou des reins. Scanzoni a vu, chez une femme de soixante-quatre ans, des pertes sanguines revenir toutes les trois semaines ; on trouva à l'autopsie les ovaires atrophies et les métrorrhagies furent rattachées à une affection cardiaque. L'histologie de l'utérus sénile explique ces localisations hémorrhagiques ; la substance musculaire est d'une friabilité notable, en même temps que les vaisseaux artériels, rigide et grossis, sont manifestement athéromateux.

La *polysarcie* est aussi une importante cause prédisposante. Dancel a publié, en 1886, dans la *Gazette des Hôpitaux*, un mémoire qui met ce fait en lumière. Une observation y a trait à une femme obèse de cinquante-huit ans, non réglée depuis quatre ans, prise de métrorrhagies à la suite de grandes fatigues. Rien aux organes génitaux. L'écoulement sanguin, rebelle aux injections astringentes, céda à un traitement antiobésique. Dancel invoqua le défaut de tonicité des tissus imbibés d'eau et l'état aqueux du sang pauvre en globules.

Certes, le diagnostic de métrorrhagie essentielle ne doit être porté qu'avec réserve, après une longue recherche de tout trouble local et encore en bien des cas ne devra-t-il être qu'un *diagnostic d'attente* ; les événements ultérieurs viennent, en effet, parfois révéler l'existence d'un néoplasme méconnu. Il n'en est pas moins vrai que la métrorrhagie des vieilles femmes peut exceptionnellement se rencontrer en dehors de toute lésion locale.

M. L. HIRIGOYEN. — Je fus consulté, il y a deux ans, par une dame de soixante-quatorze ans, dont la ménopause remontait à une date déjà lointaine, pour une perte de sang qui l'effrayait beaucoup. Ce phénomène se renouvela le mois suivant et l'écoulement sanguin fut assez abondant. Je l'examinai et ne constatai rien d'anormal. Je lui prescrivis quelques injections chaudes. Depuis, rien n'a plus reparu. Cette femme est en bonne santé ; elle n'est ni cardiaque ni obèse.

M. PIÉCHAUD. — Il y a deux ans et demi, je vis une vieille femme, non réglée depuis longtemps. Elle perdait du sang d'un rouge

vif. Je songeais à un épithélioma, mais l'examen génital ne m'en révéla aucun signe. L'utérus mesurait dix centimètres ; la muqueuse se déchirait aisément au contact de l'hystéromètre. Je crus à la présence de fongosités de nature maligne. Comme certaines conditions particulières m'empêchaient de proposer ici une intervention chirurgicale, je me bornai à introduire dans l'utérus une tige de pâte de Canquoin, à la façon de M. Dumontpallier. Pendant dix mois il n'y eut pas d'hémorrhagies. La santé resta bonne. Les hémorrhagies revinrent ; aucun signe nouveau à l'examen, l'utérus était peut-être un peu plus petit ; j'appliquai encore une tige de chlorure de zinc et, depuis un an, il n'y a pas eu d'hémorrhagie ; la santé de cette dame est excellente. J'avais eu affaire à de l'endométrite fongueuse chez une femme obèse, cardiaque, toutes les causes prédisposantes et déterminantes se trouvaient réunies. J'ai vu depuis une femme de soixante-six ans métrorrhagique depuis cinq ou six mois ; elle est obèse, son cœur est faible, présente un bruit de souffle. Son utérus est sain.

M. A. MOUSSOUS. — M. Monod peut-il nous renseigner sur la qualité et la quantité des urines de ses malades ? Au début de la néphrite interstitielle, il y a, chez la femme, c'est je crois Landouzy qui l'a signalé, de véritables épistaxis utérines.

M. MONOD. — Les urines ont été analysées ; elles étaient normales.

M. PIÉCHAUD. — Il en a été de même chez mes malades.

M. AUDEBERT. — Je demande à rapporter un fait qui se rapproche des précédents. M. Barrié, dans sa thèse, met à peu près en doute les ménopauses tardives et les tient presque toutes pour suspectes. Or, j'ai dans ma clientèle une dame de quatre-vingt-huit ans qui n'a jamais cessé d'être réglée tous les mois et se porte à merveille.

M. RIVIÈRE. — J'ai été consulté par une femme de soixante-dix-sept ans, atteinte de pertes odorantes depuis plusieurs mois ; l'utérus était normal. Je fis quelques badigeonnages intra-utérins à la glycérine créosotée à 1/3. Les hémorrhagies n'ont pas reparu depuis un an. J'ai vu depuis une autre femme, âgée de cinquante-six ans, obèse, diabétique, non réglée depuis sept ans. Depuis quelque temps, elle a, à chaque époque, des métrorrhagies qui l'obligent à se mettre au lit. L'examen utérin ne révèle que de l'endométrite. J'ai essayé chez elle le traitement

par la glycérine créosotée, je ne puis encore en connaître le résultat.

M. A. BOURSIER. — J'ai vu plusieurs cas analogues, surtout à la Clinique gynécologique de la Faculté ; deux avaient trait à des femmes obèses. Ces métrorrhagies étaient irrégulières, le sang était noirâtre, l'utérus franchement sénile. Quelques badigeonnages intra-utérins au perchlorure de fer ont tout remis en état. Le plus souvent, ce sont là des métrites anciennes qui continuent à évoluer malgré la ménopause. Comme le dit Delbet, dans son article du nouveau *Traité de Chirurgie*, l'atrophie sénile de l'utérus amène une sclérose du derme muqueux, une fragilité particulière des tissus, une vraie transformation athéromateuse des vaisseaux.

(Journ. de méd. de Bordeaux.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

Séance du 29 octobre 1892.

M. Soupart lit le rapport de la Commission à laquelle a été renvoyée la note de M. le docteur E. Lauwers, à Courtrai, intitulée : *Des fistules stercorales consécutives aux laparotomies pratiquées dans la péritonite tuberculeuse*.

Enhardi, dit le rapporteur, par une série de succès chirurgicaux dans la pratique d'opérations diverses et notamment de laparotomies, l'auteur relate, très succinctement et sans trop se préoccuper des détails relatifs au diagnostic et au traitement général des affections en cause, cinq observations de laparotomie pratiquée dans des cas de péritonite tuberculeuse.

Dans la première de ces cinq opérations faite chez une personne de 27 ans, atteinte d'ascite d'origine indéterminée, on se borna à ouvrir le ventre, à évacuer le liquide séreux et à un lavage de la cavité péritonéale. Elle fut suivie de succès. Une seconde opération a été pratiquée chez une dame de 42 ans, mariée, sans enfants, et chez laquelle, à l'ouverture du ventre, on trouva les anses intestinales parsemées de granulations tuberculeuses, agglutinées entre elles et adhérentes à l'épiploon qui lui-même était farci de nodosités plus épaisses, remplies de matière

caséeuse dont l'énucléation parut impossible. Après évacuation des collections enkystées, on se borna à laver la cavité péritonéale et à fermer la plaie cutanée, sauf à la partie inférieure où fut placée une grosse mèche de gaze iodoformée. L'opérée mourut le quatrième jour après l'opération.

Chez trois autres opérées présentant des adhérences intestinales qui avaient été détruites, et dont l'une avait subi l'ablation d'une partie de l'épiploon, il se produisit une fistule stercorale ; chez la première, le dixième jour (suivie de mort quelques semaines plus tard) ; chez la deuxième, la fistule stercorale se produisit deux mois après l'opération et fut suivie de mort quatre mois plus tard, la fistule ayant persisté sans aucune tendance à la guérison ; enfin, chez la troisième, la fistule se déclara un mois après l'opération et persistait un an plus tard.

« En présence de ces résultats et des statistiques invoquées par l'auteur lui-même, la Commission, dit M. Soupart, estime que la laparotomie, indépendamment des dangers et des suites fâcheuses auxquels elle expose l'opérée, et ne pouvant par elle-même conjurer la terminaison fatale de la tuberculose, est souvent plus nuisible qu'utile dans la péritonite tuberculeuse.

» En conséquence, elle engage l'auteur de la note dont il s'agit à s'arrêter dans la voie où il s'est engagé inconsidérément, tout en le louant de ne pas avoir laissé dans l'ombre ses insuccès et de les avoir communiqués à l'Académie. A ce dernier point de vue, la Commission propose de lui voter des remerciements et de déposer son travail aux archives de la Compagnie. »

— Les conclusions du rapport sont ensuite mises aux voix et adoptées.

(*La Clinique.*)

REVUE DE LA PRESSE

AUTO-INFECTION PUERPÉRALE POST-PARTUM.

Voici les conclusions du mémoire publié, sous ce titre, dans le *Midi médical*, par le Dr L. Sécheyron (de Toulouse) :

Il existe des auto-infections puerpérales *inévitables*, même avec le secours de l'antisepsie.

L'auto-infection est d'origine *externe* ou *interne*.

L'auto-infection d'origine interne peut être *génitale* ou *extra-génitale*, d'ordre local ou général.

Elle peut déterminer des accidents : avortement, accidents infectieux, avant le terme normal de la grossesse — ou bien, après l'accouchement, auto-infection *post partum*.

Cette dernière variété, objet spécial de l'étude, est souvent d'origine externe, bien plus rarement d'origine interne. Les germes infectieux peuvent être inclus dans l'utérus : origine *intra-utérine* ou en dehors, mais dans des tissus connexes de l'utérus — origine *extra-utérine*.

L'infection d'origine utérine et celle d'origine extra-utérine méritent une description clinique différente. La première est plus bénigne, moins grave dans ses conséquences immédiates que la seconde. Elle prend volontiers les allures d'une infection bénigne, facile à combattre, tandis que la seconde marque des lésions plus profondes, plus étendues. L'infection d'origine extra-utérine, surtout celle provenant des annexes, peut compromettre immédiatement les jours de l'accouchée.

L'auto-infection d'origine *utérine* peut s'observer dans tout utérus atteint de métrite, même de métrite légère, de métrite cervicale : Obs. I.

Les accidents sont ceux d'une *métrite* aiguë suppurée. Son caractère particulier est la rapidité de l'invasion et de la suppuration, un à deux jours après l'accouchement.

La guérison est facile, prompte, à condition d'un traitement rationnel.

Les complications à redouter sont celles de toute métrite aiguë, c'est-à-dire l'extension de l'inflammation aux annexes, au péritoine.

L'auto-infection *génitale extra-utérine* peut être d'origine *extra-utérine* : canal vulvo-vaginal, ou *juxta-utérine* : annexes, péritoine.

La première peut être rangée dans les causes externes ; sa fréquence est extrême. Depuis longtemps, des mesures antiseptiques sont dirigées contre elles.

L'infection venue des annexes, — *juxta-utérine* ou mieux *péri-utérine*, — est indéniable.

Elle est rare, surtout si l'on considère la stérilité à laquelle sont

souvent vouées les malades. Cette fatalité ne pèse pas au même degré sur les femmes atteintes de métrite.

Les malades atteintes de métrite compliquée de salpingites, d'adhérences, peuvent devenir enceintes. Mais elles sont sujettes aux fausses couches par le fait des adhérences de la métrite (Obs. II) ou de complications très graves, telles que péritonite par extension inflammatoire ou par perforation.

La grossesse et les couches à terme peuvent être normales, mais l'accouchée est exposée aux accidents infectieux par le fait de la présence autour de l'utérus de vestiges d'inflammations, de collections purulentes.

La pathogénie des accidents est diverse. La collection purulente se vide à travers l'utérus et l'infecte, ou bien, les germes atténués, grâce à l'exaltation de leur virulence, par le fait du traumatisme obstétrical, se multiplient, s'étendent aux tissus voisins ou se généralisent et infectent l'organisme. L'infection puerpérale est produite dans les deux cas. Très souvent les malades atteints sont prédisposées par leur état antérieur à devenir *une éponge à pus* (Pajot). Le terrain est propice à l'infection (Obs. III).

Le tableau clinique est celui d'une fièvre puerpérale grave, remarquable par ses complications pelviennes. La suppuration se collecte autour de l'utérus et les lochies sont formées de pus véritable, très abondant.

La vie de la malade est rapidement en péril et l'affection subit dès lors toutes les chances de terminaison des suppurations pelviennes.

Le diagnostic de la recherche d'origine d'une auto-infection interne est d'autant plus intéressante qu'à cette recherche se rattache un point médico-légal : la responsabilité de l'accoucheur dans un cas donné.

La certitude de l'origine interne peut être difficilement acquise ; toutefois des éléments de grande probabilité peuvent être aisément rassemblés, ces éléments peuvent disculper ou charger l'accoucheur.

Le traitement le plus rationnel consiste dans des lavages, le drainage de la cavité utérine et au besoin le curage utérin, l'évacuation et le drainage par le vagin des poches purulentes. L'hystérectomie vaginale sera réservée aux cas exceptionnels. On ne devra jamais oublier les principes d'une chirurgie active, mais conservatrice.

DU PÉDICULE APRÈS L'HYSTÉRECTOMIE.

Dans la séance du 11 février de la Société de gynécologie, M. HEYWOOD SMITH a présenté un travail sur une nouvelle méthode de traitement du pédicule dans l'hystérectomie. Il fait observer que la structure du pédicule dans l'hystérectomie est tout à fait différente de celle du pédicule après l'ovariotomie. Il rappelle les dangers qu'entraîne la ligature d'un moignon composé d'éléments contractiles qui rendent presque impossible l'application d'une ligature pouvant maintenir la compression lorsque ces éléments se rétractent. Jusqu'à présent, le *clamp* seul a permis à l'opérateur d'éviter le danger, toujours imminent, de l'hémorragie consécutive. Il serait donc de tout point désirable de trouver une méthode qui puisse préserver le malade d'une hémorragie tardive et rendre en même temps le *clamp* inutile, cet appareil exposant la femme à la septicémie et laissant un moignon qui exerce des tiraillements continuels sur les parois abdominales. Après avoir essayé de plusieurs méthodes, l'orateur s'est arrêté à la suivante, proposée par MM. Goffe et Milton, et dont voici les principales indications :

1° Faire les lambeaux péritonéaux assez larges, quitte à les tailler s'il est nécessaire ; 2°, s'assurer, autant qu'il est possible, de l'hémostase parfaite de toutes les branches de chaque artère utérine ; 3° suturer, à l'aide de catgut, les bords du péritoine pelvien dans toute leur étendue, de façon à ne laisser aucune solution de continuité, en ayant soin d'employer la suture de Lambert au niveau du moignon utérin, de sorte que celui-ci se trouve recouvert d'une couche péritonéale.

L'orateur conseille, en outre, de sectionner le col utérin aussi bas que possible, en raison de la richesse de cette région en tissu conjonctif, qui rend moins facile la rétraction consécutive des tissus composant le moignon utérin. Comme astringent, il préfère la solution alcoolique de matico, qui altère peu les tissus et empêche l'exsudation sanguine. Il faut employer le drainage quand, par suite de la rupture des adhérences, un suintement de cette nature se produit ; autrement, il vaut mieux ne pas y avoir recours. M. Haywood Smith ne se prononce pas sur le procédé d'oblitération du col utérin. Il n'approuve pas la ligature du moignon utérin, car, d'après lui, cette méthode prédispose à la suppuration et retarde la convalescence.

M. Greig Smith (de Bristol) n'admet pas que l'on considère l'emploi du clamp comme un procédé imparfait. Il faut uniquement se préoccuper de sauver la vie aux malades, et peu importe que le procédé opératoire soit élégant ou non, pourvu qu'il donne de meilleurs résultats que les autres méthodes. Les règles générales que cherchent à imposer quelques opérateurs, en se basant sur un petit nombre de faits personnels, ne sont pas admissibles. Il est évident que le procédé ne saurait être le même quand il s'agit d'enlever une tumeur qui ne pèse que 4 à 5 kilos, et lorsqu'on est appelé à pratiquer l'ablation de tumeurs pesant 20, 30 et même jusqu'à 40 livres. Tout chirurgien dont l'expérience personnelle ne repose pas sur un nombre considérable de tumeurs de toutes dimensions est mal fondé à exprimer un avis formel sur le traitement à suivre en général. Une opération qui expose l'opérée au danger de la suppuration dans la cavité péritonéale, alors qu'il est matériellement impossible d'évacuer le pus, ne saurait inspirer la confiance. On parle à la légère de tailler de larges lambeaux péritonéaux, de jeter des ligatures sur les ligaments larges et même sur les vaisseaux utérins et ovariens séparément ; mais comment faire tout cela, quand il s'agit de ces tumeurs énormes qui soulèvent le péritoine pelvien comme une grossesse de sept ou huit mois : Dans ces cas, il n'existe plus pour ainsi dire de ligaments larges, et les vaisseaux sanguins et les organes se trouvent tellement déplacés, qu'il est impossible de retrouver les artères pour en faire la ligature.

L'expérience personnelle de l'orateur comprend seulement une vingtaine de faits. Dix fois l'opération a été faite par la méthode intra-péritonéale, mais il s'agissait de cas faciles, n'offrant pas de difficultés opératoires sérieuses. Toutes les autres opérations ont été pratiquées d'après la méthode extra-péritonéale. Jusqu'à présent il n'y a pas eu de mort à déplorer, mais les seuls cas qui aient fait naître des inquiétudes sérieuses sont ceux dans lesquels la méthode intra-péritonéale fut employée.

M. Lawson Tait déclare qu'il partage absolument les opinions exprimées par M. Greig. Smith. En se basant sur plusieurs centaines d'observations, il affirme ne plus vouloir faire l'hystérectomie qu'à l'aide du clamp, c'est-à-dire par la méthode extra-péritonéale. Il se peut que dans l'avenir on se trouve en possession de procédés entièrement nouveaux qui rendront la méthode intra-péritonéale

praticable ; mais, pour le moment, et dans l'état actuel de la science, il se refuse à adopter ce dernier procédé.

D'après son expérience personnelle, la mortalité après l'hystérectomie par la méthode extra-péritonéale ne dépasse pas 5 %, et c'est là un fait que l'on ne doit pas ignorer.

D^r A. GUBB.

(*La Sem. méd.*)

LES RÉTRODÉVIATIONS EN RAPPORT AVEC LA STÉRILITÉ ET L'AVORTEMENT,

Par HERMAN.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes tirées de l'observation de 3.641 cas.

1° Les rétrodéviations n'ont pas une influence appréciable sur la stérilité absolue. 2° Elles sont liées, dans une certaine proportion, à la stérilité relative. 3° Cette corrélation s'observe surtout dans les dernières années de la vie génitale. 4° La rétrodévation n'a pas d'influence appréciable sur l'avortement habituel. 5° Elle comporte une certaine tendance à l'avortement ; mais cette tendance est moindre que celle que produisent d'autres causes. 6° Cette tendance se manifeste surtout dans les dernières années de la fécondité.

L'auteur conteste le rôle mécanique de la rétrodévation dans la production de la stérilité et de l'avortement et en ferait plutôt l'effet des autres conditions concomitantes de santé générale.

(*Jour. de méd. de Paris.*)

DE LA DILATATION DE L'ESTOMAC DANS LES MÉTRITES CHRONIQUES,

Par le D. A. BOURSIER de (Bordeaux).

Conclusions :

Les trois observations que nous venons de rapporter ont entre elles des points de ressemblance qu'il n'est pas inutile de souligner.

Dans ces trois cas, il s'agit de malades qui, depuis un temps déjà assez long, plusieurs années, présentent tous les signes d'une métrite chronique. L'étiologie seule diffère, puisque deux d'entre elles (obs. I et II) paraissent avoir une métrite d'origine puerpérale et que la troisième n'a jamais eu de grossesse.

De plus, les trois malades présentent des accidents nerveux très caractérisés. Dans les deux premiers cas, il est difficile de savoir si cet

état nerveux est antérieur ou postérieur aux lésions utérines. Il paraît cependant certain que les phénomènes nerveux ont été au moins aggravés par l'existence de la métrite. Dans la troisième observation, au contraire, les phénomènes hystériformes sont certainement antérieurs à l'affection utérine, puisque la malade raconte avoir eu des crises d'hystéro-épilepsie depuis l'âge de huit ans jusqu'à quatorze ans.

Ces trois femmes éprouvent déjà depuis longtemps des troubles sérieux de l'estomac ; elles sont très nettement dyspeptiques et leur dyspepsie paraît manifestement être la conséquence de leur métrite chronique. La première malade aurait vu survenir ses accidents dyspeptiques deux ans environ après l'apparition des phénomènes utérins. La seconde déclare que ses douleurs d'estomac sont presque aussi anciennes que sa maladie de matrice. Quant à la troisième, qui est atteinte de métrite depuis trois ans, elle présente des troubles gastriques qui se sont surtout développés dans ces derniers mois seulement et pour ainsi dire sous nos yeux.

En outre, ces trois malades présentent actuellement les signes de la dilatation de l'estomac. A la vérité, ces symptômes sont beaucoup plus accusés chez les deux premières qui souffrent de l'utérus depuis plus longtemps et dénotent une lésion gastrique déjà très développée. Dans le troisième cas, au contraire, la dilatation est peu accentuée et constitue une lésion plutôt en voie de développement.

Devons-nous maintenant considérer cette dilatation de l'estomac comme une simple coïncidence ou bien, au contraire, faut-il l'envisager comme une conséquence de la métrite chronique ? Nous sommes tout disposé à admettre cette dernière opinion. En effet, ainsi que nous l'avons établi au début de cet article, le retentissement des lésions utérines sur les fonctions de l'estomac est depuis longtemps absolument démontré. La dyspepsie de cause utérine est tellement fréquente dans les cas analogues, que nous avons vu la plupart de nos auteurs classiques la considérer comme un symptôme ordinaire des métriques chroniques. Or, d'un autre côté, le professeur Bouchard et ses élèves ont démontré que la dyspepsie, surtout dans sa forme nerveuse, conduisait souvent à la dilatation de l'estomac et qu'un grand nombre de dyspeptiques étaient des dilatés. Il est donc tout naturel de penser que les lésions utérines, qui, si souvent, causent de la dyspepsie, peuvent, secondairement et surtout quand elles sont anciennes, amener de la dilatation de l'estomac.

C'est ce qui nous paraît s'être produit chez nos deux premières malades qui souffrent de l'utérus depuis neuf ans, et sept ans. C'est aussi ce qui est en train de se faire chez la troisième femme, dont la lésion utérine remonte seulement à trois ans. Il est même probable que si l'attention des gynécologues est attirée sur ce point particulier, des cas analogues seront très fréquemment observés.

Enfin, il faut encore remarquer que toutes les trois sont extrêmement nerveuses et il est fort probable qu'il y a une certaine relation entre la lésion de l'estomac et les accidents nerveux qu'elles présentent. C'est là un point particulier qui mériterait de nouvelles recherches. Cependant, les relations entre les troubles nerveux et l'ectasie gastrique ont déjà été signalés par beaucoup d'auteurs, notamment par Alb. Mathieu dans l'article *Estomac* du *Dictionnaire encyclopédique*.

En terminant, nous désirons encore faire remarquer que, dans nos trois observations, nous avons constaté la même forme clinique de dilatation stomacale. A. Mathieu, dans l'article que nous venons de citer, rattache toutes les dilatations à trois variétés cliniques qui sont : la forme latente, la dilatation nervo-motrice et la dilatation par obstacle mécanique. Or, il nous paraît bien établi, par l'étude même des troubles fonctionnels observés chez nos malades, que nous avons eu constamment affaire à la forme nervo-motrice que Mathieu caractérise comme suit : « C'est la dilatation avec flatulence, souvent avec » gastralgie, quelquefois avec hypersécrétion acide (Riegel) qui correspond à la dyspepsie nerveuse de Leube, à la dyspepsie neurasthénique de Ewald. Elle s'accompagne souvent de manifestations du » même ordre du côté de l'intestin (G. Sée). C'est celle encore que l'on » désigne sous le nom de *forme dyspeptique de la dilatation stomacale*. »

(*Jour. de méd. de Bordeaux.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GONORRÉE,

Par E. WERTHEIM PRAGER. (*Medizinische Wochenschrift*, 1891, n° 23 et 24.)

Le but du travail de M. Wertheim a été de savoir si le gonocoque se comportera comme les micro-organismes pyogènes et déterminera chez les animaux en expériences une péritonite.

Les conclusions de son travail sont les suivantes :

1° Le gonocoque se laisse très bien cultiver en culture à plat, si on emploie comme milieu de culture du sérum sanguin humain.

Au bout de trois jours, on obtient avec certitude une culture pure du gonocoque.

2° Le transport d'une culture ainsi obtenue dans l'urèthre d'un homme détermine, ainsi qu'il l'a constaté cinq fois, une véritable blennorrhagie. (Nous nous abstenons de faire nos réflexions sur ces expériences, mais nous serions curieux de savoir si les cinq patients s'y étaient prêtés de bonne volonté, ce que M. Wertheim néglige de nous dire.)

3° Le gonocoque pousse également dans la profondeur du milieu nutritif.

Dans le sérum humain, il est inutile d'en ensemer de grandes quantités, car le gonocoque se développe admirablement bien. Les cultures en clou ou en trainée se développent également bien.

4° Le sérum sanguin est le meilleur milieu pour la culture du gonocoque, quoiqu'il se développe souvent bien sur la gélose nutritive ou sur le sérum sanguin venant d'animaux.

5° Les cultures bien développées du gonocoque doivent être, au bout de quatre à cinq semaines, transportées sur du nouveau sérum, sans cela elles se dessèchent.

6° Elles perdent aussi leur virulence rapidement sur les milieux de cultures artificielles. Ainsi, dit-il, une culture de quatre semaines sur le sérum sanguin ne montre plus aucune virulence pour l'urèthre de l'homme.

7° Le développement du gonocoque est, par la soustraction de l'oxygène, augmenté, ainsi que par l'introduction de l'acide carbonique.

La culture peut donner des résultats positifs, quoique l'examen du pus ne laisse voir au microscope aucun gonocoque.

Après qu'il eut constaté que l'introduction, dans l'abdomen des animaux, du staphylocoque pyogenes aureus et du streptocoque pyogenes, amenait toujours chez l'animal une péritonite, il fit les mêmes essais avec le gonocoque et constata que lui aussi amenait une péritonite.

L'examen histologique de la paroi abdominale, après la péritonite déterminée par le gonocoque, lui démontra que les gonocoques avaient passé dans l'épithélium plat et dans le tissu conjonctif, de sorte qu'ils pénétraient dans les espaces lymphatiques, comme les autres micro-organismes pyogènes.

Wertheim termine son travail en faisant la description de deux abcès de l'ovaire, déterminés par le gonocoque.

(*Journal des Connaissances médicales*, n° 45.)

TUMEURS DU CLITORIS,

Par M. GRACE PECKHAM.

La pathologie du clitoris comprend : les malformations congénitales, l'hypertrophie simple ou éléphantiasique, les tumeurs bénignes ou cancéreuses. Il ne sera question, ici, ni des malformations qui rentrent dans l'histoire de l'hermaphrodisme, ni de l'hypertrophie qu'on voit fréquente chez les prostituées (Parent-Duchâtelet) et surtout dans certaines contrées ou mieux dans certaines races.

Les tumeurs malignes ne sont, le plus souvent, que l'extension d'un néoplasme de la vulve : il est fort rare qu'elles naissent primitivement du clitoris ; pourtant, l'auteur rappelle un cas très remarquable de cancer mélanique du clitoris publié dans *The Lancet*, en 1856.

Il ne s'occupe actuellement que des tumeurs bénignes, elles aussi de notion encore fort incomplète. Il en a rassemblé 21 cas, dont un personnel, et ce total représente à peu près tous les documents aujourd'hui publiés.

Chez sa malade, femme de trente ans, M. Peckham trouva une tumeur fluctuante, extrêmement sensible, occupant le clitoris et qui s'était, en quelque sorte, substituée à l'organe : incisée, elle laissa couler environ deux onces d'un liquide épais, couleur chocolat, analogue à celui que l'on trouve dans certains kystes de l'ovaire ou dans l'utérus et le vagin, lors d'atrésie vulvaire. La petite tumeur, très réduite et ratatinée, finit par disparaître au bout d'une année.

Deux autres observations ont trait à des tumeurs kystiques du même genre, et contenant encore ce liquide épais et visqueux qui vient d'être mentionné ; ailleurs, ils s'agissait d'une sorte de polype fibrokystique. Les autres tumeurs étaient, pour la plupart, de nature fibreuse ou fibro-conjonctive ; et beaucoup d'entre elles, de volume relativement considérable, de surface très irrégulière, lobulées et bosselées, se rattachaient de toute évidence à une syphilis antérieure.

On ne saurait donc, sur ces données encore incomplètes, esquisser l'histoire complète des tumeurs bénignes du clitoris ; pourtant, il est possible de déduire des faits acquis quelques notions intéressantes. C'est d'abord l'étroite relation qui existe entre ces tumeurs et la syphi-

lis; très souvent, elles revêtent l'aspect d'excroissances verruqueuses, de véritables végétations; presque toujours, elles sont pédiculées. Le peu de douleur, la gêne minime qu'elles déterminent, contrastent avec leur volume et la sensibilité de l'organe clitoridien. Enfin, elles sont d'une extirpation très facile, et, quelle qu'ait été la déformation primitive, la région se reconstitue et reprend son aspect et sa forme avec une perfection et une rapidité étonnantes. (*American Journal of Obstetrics*, oct. 1891, et *Sem. méd.*)

RUPTURE DE L'UTÉRUS.

Dans la séance du 12 février de l'Académie royale de médecine d'Irlande, M. BARRY a relaté le cas d'une femme primipare, âgée de trente-cinq ans, qui présentait un rétrécissement du bassin mesurant 7 centimètres et demi. Le col de l'utérus était dur et résistant et offrait une dilatation de la dimension d'une pièce de deux francs. En poussant l'examen un peu plus loin, on constatait une rupture intéressant le col et remontant à une hauteur d'environ dix centimètres. Pour terminer l'accouchement, on dut abandonner le forceps et pratiquer la céphalotripsie. Les suites de couches ont été assez bonnes et la femme s'est parfaitement rétablie. Trois mois plus tard, la matrice avait repris ses dimensions normales et la menstruation s'effectuait régulièrement et sans douleur.

M. ARTHILL fait observer qu'il est difficile de s'expliquer comment une rupture a pu se produire dans le cas rapporté par le précédent orateur, puisque la tête du fœtus ne pouvait exercer la moindre pression sur le col, étant donné le rétrécissement du bassin. Selon lui, ce cas est unique.

FISTULES STERCORALES CONSÉCUTIVES A LA LAPAROTOMIE.

M. Mc ARDLE lit une communication dans laquelle il examine les différents modes de production des fistules stercorales consécutives à la laparotomie. Quelquefois, l'ulcération se fait, soit de la tumeur vers l'intestin, soit de l'intestin vers la tumeur. D'autres fois, ce sont les parois intestinales qui s'ulcèrent en raison de la pression exercée sur elles par le néoplasme. La déchirure des parois peut aussi se produire au cours de l'ablation de la tumeur, ou bien encore l'intestin peut se gangrener à la suite de la ligature des vaisseaux. Enfin, la

lésion a été déterminée dans quelques cas par la compression prolongée d'un tube à drainage en verre. Le traitement varie selon le siège de la déchirure : de là l'importance d'avoir des renseignements exacts sur ce point. Pour cela, l'orateur conseille l'injection d'hydrogène dans l'intestin. Ce procédé a l'avantage de ne pas gêner le chirurgien comme le ferait une injection de liquide, s'il juge à propos de pratiquer une opération dans le but de fermer la fistule. Les caractères de l'écoulement fournissent quelquefois des indications qui permettent de déterminer le siège de la déchirure ; parfois aussi on peut le diagnostiquer d'après les rapports de la tumeur avec les intestins. L'intervention chirurgicale est indispensable dans les cas où la lésion est située à la partie supérieure de l'intestin grêle et entraîne l' inanition du malade ; il en est de même quand les orifices de la tumeur et de l'intestin ne sont pas bien soudés ensemble par leurs bords, et exposent ainsi le malade à l'infection péritonéale. Dans un cas, l'orateur a suturé une fistule intestinale pouvant admettre l'extrémité de l'index, et il a obtenu un résultat très satisfaisant. Il insiste sur la nécessité de manier l'intestin avec le plus grand soin, si l'on veut éviter la déchirure et la lacération de ses parois. M. Mc Ardle termine en disant que l'on ne doit pas se hâter d'avoir recours à l'intervention chirurgicale dans tous les cas, mais que, si l'on entreprend l'opération, il ne faut la terminer qu'après avoir fermé la fistule.

M. ATTHILL dit qu'il a observé, chez des femmes, trois cas de fistule stercorale consécutive à la laparotomie. La première de ses malades avait un kyste suppuré de l'ovaire. La fistule se déclara le quinzième jour après l'opération et se ferma spontanément six mois plus tard. Dans un autre cas, la communication se produisit dix jours après l'intervention chirurgicale, et la femme succomba à une opération entreprise un an plus tard dans le but d'y remédier. Enfin, chez une troisième malade, on constata un écoulement de matière fécale par le vagin sept jours après une hystérectomie vaginale pratiquée dans un cas de carcinome de l'utérus. La déchirure se ferma spontanément au bout de quelques jours.

M. MACAN demande si des sutures non aseptiques ne pourraient pas déterminer la lésion. Il pense que l'ablation de lambeaux péritonéaux trop étendus pourrait également la provoquer, en restreignant la circulation sanguine des parois intestinales.

M. SMYLY attribue la déchirure, dans un cas qu'il a observé, à l'emploi d'un tube aspirateur que l'on avait introduit à travers un

drain, dans le but d'évacuer le liquide contenu dans la cavité péritonéale.

(*La Sem. méd.*)

TROIS LAPAROTOMIES SANS ANESTHÉSIE CHLOROFORMIQUE, ANESTHÉSIE LOCALE PAR L'EMPLOI COMBINÉ DE L'ÉTHÉR ET DE LA COCAÏNE,

Par le Dr SCHLEICH. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1891, n° 35, p. 862.)

Voici comment M. Schleich a procédé pour obtenir l'insensibilisation, dans trois cas de laparotomie :

Pour détourner l'attention des malades, il leur a d'abord fait respirer de petites quantités de vapeur de chloroforme, jusqu'à production d'un sommeil très superficiel. Puis il dirigeait en tous sens, sur le champ opératoire, un spray d'éther (éther sulfurique 4 parties, iodure de calcium 1 partie), la peau devenait ainsi sensible aux injections de cocaïne (solution à 0 gr. 75 %) qu'on pratiquait ensuite dans cette même région. Quantité de chlorhydrate de cocaïne injectée, 3 centim. cubes. Le liquide analgésiant était injecté dans l'épaisseur du derme et non sous la peau.

La peau était ensuite incisée sur la ligne blanche abdominale ; les muscles et l'aponévrose étaient anesthésiés au moyen de 5 ou 6 injections nouvelles de cocaïne ; on anesthésiait de même le pédicule, dans le cas d'une ovariectomie, ou tel autre organe visé par l'opération. La dose maxima de cocaïne à injecter est fixée par l'auteur au contenu de 8 seringues de Pravaz, 0,06 de chlorhydrate de cocaïne réparti sur 50 injections. En procédant de la sorte on peut pratiquer des opérations assez compliquées, sans recourir à l'anesthésie chloroformique complète. Aussi, indépendamment de 3 laparotomies, M. Schleich a pratiqué en tout, en se servant de ce mode d'anesthésie, plus de 70 opérations telles que des résections, des extirpations de lipomes profonds, et même une herniotomie.

M. Schleich a insisté sur l'innocuité du procédé d'anesthésie qu'il préconise ; il n'a jamais eu d'accidents. C'est ici le cas de rappeler que d'autres chirurgiens ont été moins heureux que lui. Récemment un compatriote de M. Lorenz publiait (*Centralblatt für Gynaekologie*, 1891, n° 51, p. 1033) trois exemples d'intoxication par la cocaïne employée dans un but d'anesthésie locale. Les injections avaient été poussées dans la cavité utérine chez des femmes qui allaient subir le curetage de l'utérus, et les doses employées étaient relativement

faibles, 0 gr. 02, 0 gr. 01 et 0 gr. 0075 de chlorhydrate de cocaïne. Les trois femmes se sont rétablies. (*Rev. de thér. gén. et therm.*)

ATROPHIE UTÉRINE DES JEUNES FEMMES,

Par M. GOTTSCHALK.

Cet état morbide, associé à la stérilité, est dû souvent, d'après l'auteur, qui le prouve par des observations nombreuses, à la fièvre scarlatine, au rhumatisme articulaire aigu et à la fièvre typhoïde. Il a parfois pour origine une complication utéro-ovarienne, comme l'ovarite scarlatineuse (*Wolk Sammlung klin. Vort.*, 1892, n° 49.)

Dans quatre cas de fièvre typhoïde survenue avant la menstruation, il a constaté ce phénomène morbide. Comme conclusion thérapeutique, il déclare qu'il faut maintenir pendant longtemps, après la convalescence de la maladie infectieuse, la médication tonique ; combattre l'aménorrhée par le permanganate de potasse et la santonine, par exemple, et les ovarites par l'iode, l'ichtyol et la balnéation chaude. Au demeurant, il faut intervenir activement pour éviter un état morbide incurable, et non l'abandonner à lui-même. S. R.

BIBLIOGRAPHIE

- I. De l'achondroplasie, par le Dr P. LUGÈOL, Bordeaux, 1892.
- II. Trional als Hypnoticum, von Dr A. BATTIGER, Berlin, 1892.
- III. Une nouvelle formule tœnifuge, par le Dr DUROURCAU, Paris, Doin, 1892.
- IV. Artérites chroniques et artério-sclérose, par H. HUCHARD, Paris, 1892.
- V. Le rythme couplé du cœur et la mort par la digitale, par H. HUCHARD, Paris, 1892.
- VI. Le traitement de l'angine de poitrine, par H. HUCHARD, Paris, 1892.
- VII. Traitement et curabilité des cardiopathies artérielles, par H. HUCHARD, Paris, 1892.
- VIII. Étude clinique de la cardio-sclérose, par H. HUCHARD, Paris, Alcan, 1893.
- IX. Mémoire sur la filariose, par A. ZUM, Paris, Masson, 1892.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

173. — Le tasi (*morrenia brachystephana*) comme médicament galactagogue. — D'après deux confrères argentins, MM. les docteurs E. del Arca et J. Sicardi (de Buenos-Ayres), le *tasi* ou *tasis*, plante de la famille des asclépiadées, originaire de la République Argentine où elle croit en abondance, serait un excellent médicament à employer dans tous les cas où la sécrétion lactée tend à diminuer et même dans ceux où elle se supprime complètement.

On emploie les feuilles ou la racine (fraîche ou sèche) de cette plante en infusion, et le fruit en décoction. On fait infuser 30 grammes de racine de tasi dans 200 grammes d'eau, que l'on fait prendre à la malade par cuillerée à bouche dans le courant des vingt-quatre heures. On peut également administrer de la même manière une décoction de 40 grammes de fruit de tasi dans 20 grammes d'eau.

Cette préparation est fade et laisse après elle un goût amer et assez désagréable.

Sur quinze femmes âgées de vingt à quarante ans, dont trois étaient primipares et les autres multipares, qui étaient toutes atteintes d'agalactie, M. le docteur E. del Arca a obtenu, par l'emploi du tasi, onze résultats favorables, deux douteux et deux négatifs. Les époques plus ou moins éloignées de l'accouchement n'ont pas paru exercer d'influence sur le retour plus ou moins rapide de la sécrétion lactée.

(*Gaz. des hôp. de Toulouse*).

* * *

174. — De la dilatation rapide de l'utérus comme moyen de diagnostic et de traitement des métrorrhagies, par M. A. ROUTH. — Ce mémoire, motivé sur cinquante-deux observations, établit la nécessité de procéder rapidement à l'exploration de la cavité utérine dans les cas de métrorrhagie abondante (*The Practitioner*, mars et juin 1892, t. XLVIII, p. 440 et XLIX, p. 1).

Le meilleur moyen d'exploration est alors la dilatation rapide avec
Revue des Maladies des Femmes. — DÉCEMBRE 1892. 48

des bougies, les précautions antiseptiques et sous l'anesthésie. C'est indiqué même dans les cas de tumeurs malignes ou de salpingite. S'il existe simultanément une affection tubaire avec une hémorrhagie d'apparence intra-utérine, point de contre-indication, en tenant compte cependant de la possibilité d'une aggravation possible d'une salpingite primitive ; mêmes indications s'il existe des polypes ou une endométrite fongueuse. Dans la plupart des cas, en effet, conclusion bien formelle, cette dilatation a pour résultat l'hémostase et la sédation de la douleur. (*Rev. gén. de clin. et de Thér.*)

175. — Vaginisme ou vulvisme (MARTINEAU). — Martineau conseille les lotions d'eau de pavot et de jusquiame additionnée de 3 % d'hydrate de chloral, et la dilatation graduelle au moyen d'éponges préparées imbibées de pommade à l'iodoforme.

Lotions vaginales avec l'eau de Goulard ; exciser l'hymen. Dans les cas rebelles, dilater brusquement le vagin après anesthésie.

Bromure de potassium, 2 gr. par jour.

Applications locales d'iodoforme pulvérisé et de cocaïne. Excision des caroncules myrtiformes. (*Formulaire du Dr Monin.*)

176. — L'ipécacuanha dans l'inertie utérine. — Lorsque les contractions utérines sont faibles et qu'il n'existe pas de complications, l'ipécacuanha est un bon remède pour réveiller l'énergie du muscle utérin. Il suffit d'administrer, à dix minutes d'intervalle, deux ou trois doses de 10 à 15 gouttes de vin d'ipécacuanha (*Deut. med. Wochensh.*, 1892, n° 22.)

177. — Traitement de la métrite du col, par M. Heywood SMITH. — Après avoir énuméré les différentes causes de cette affection, après avoir montré les modifications subies par le col enflammé, la formation de ce qu'on appelle à tort l'ulcération du col et qui n'est après tout qu'une prolifération des éléments épithéliaux, M. Heywood Smith passe en revue les différents modes de traitement préconisés contre la métrite du col.

La meilleure conduite à tenir paraît être la suivante : injections

chaudes pendant une semaine et application de tampons de glycérine, puis dilatation du col utérin, soit avec des éponges, soit plutôt avec des bougies métalliques. Quand la dilatation sera devenue suffisante, on touchera la cavité du col avec une solution de phénol iodé. Afin d'obtenir un effet plus certain, voici comment il convient d'agir : on prend une petite tige en bois de buis autour de laquelle on enroule du coton, on trempe cette tige dans la solution médicamenteuse et on la place dans le col. Elle peut y rester sans inconvénient pendant deux jours. Afin de la retirer plus facilement, on met un fil à l'extrémité de la tige qui reste à l'entrée du col.

Ce traitement donne en général de bons résultats : il échoue cependant dans certains cas et l'on est obligé d'avoir recours à des procédés chirurgicaux pour obtenir la guérison. (*Société gynécologique anglaise.*)

* * *

178. — Glycérine pour provoquer l'accouchement prématuré. — PALZER (*Contribl. p. Gynaek.* 1892, n° 2) emploie dans ce but de la glycérine chimiquement pure dont il injecte 100 centimètres cubes environ entre les membranes et la paroi utérine. On prendra des précautions contre l'entrée de l'air aussi bien que pour prévenir toute infection. Le travail se déclare ordinairement 1/2-1 1/2 heure après l'injection. Cette méthode rend aussi des services signalés quand il s'agit d'activer l'accouchement à terme. La glycérine est aussi utile pour lutter contre l'atonie utérine.

(*Epit. of cur. med. Lit. ; suppl. to the Brit. med. Journ.* du 19 mars 1892, p. 46.)

* * *

179. — Suppositoires contre la coccydynie. — (WHITLA.)

Extrait de belladone.....	0 gr. 0150.
Extrait d'hyoscyame.....	0 gr. 0450.
Iodoforme.....	0 gr. 0450.
Beurre de cacao.....	1 gr. 20.

Pour un suppositoire.

S. — A appliquer le soir en se couchant.

(*Med. News*, 28 mars 1892, p. 354.)

* * *

180.— Traitement de la septicémie puerpérale grave par la provocation d'abcès hypodermiques, par THIERRY.

Une femme de 21 ans, entre à la Maternité le 2 février 1892, pour y faire ses couches. Travail régulier. Le lendemain, une septicémie puerpérale grave se déclare, caractérisée par des symptômes généraux typhiques, sans accidents de localisation. Le traitement habituel qui réussit dans les neuf dixièmes des cas est inefficace. La progression des symptômes, la fréquence excessive du pouls, plus encore que l'élévation thermométrique, indiquent un état alarmant. On pratique des injections d'un gramme d'essence de térébenthine ; une amélioration notable se produit à la troisième injection, mais ne devient définitive qu'après l'établissement de la suppuration abondante provoquée par ces injections. M. Thierry a observé une dizaine de faits dans les mêmes conditions avec le même résultat inespéré des injections, après insuccès de la médication habituelle. Depuis longtemps, on rapporte des cas de guérison de fièvre puerpérale grave, à la suite de suppuration du tissu cellulaire sous-cutané. Métirier en 1860, Suffermann en 1862, Cautel en 1867, Hervieux et Siredey dans leurs études sur les maladies puerpérales, ont vu des accouchées atteintes de péritonite générale ou d'emblée, chez lesquelles les accidents péritonéaux ont disparu pour faire place à des complications viscérales ou du côté de la peau. Il résulte donc de tout ce qui précède que, dans les formes graves de la septicémie puerpérale, la plupart des malades qui guérissent présentent des suppurations dans le tissu cellulaire sous-cutané. Après avoir eu recours sans succès à l'acide phénique, au sublimé, à l'oxyde jaune de mercure, l'auteur se servit d'une solution de chlorhydrate de quinine ayant un léger excès d'acide chlorhydrique, jusqu'au jour où, ayant eu connaissance du travail publié par M. Fochier, il imita la pratique du professeur lyonnais, en se servant d'essence de térébenthine. L'injection doit être faite dans le tissu cellulaire sous-cutané, sans prendre de précautions antiseptiques, puisque l'on cherche à l'ouvrir de bonne heure. La suppuration établie, on peut chercher sans inconvénient à en diminuer plus tard la source.

(Normandie médicale.).

FORMULAIRE

Traitement de l'eczéma vulvaire par la pommade à l'ichthyol.

(JULES CHÉRON).

L'eczéma vulvaire constitue une affection très pénible qu'il importe de traiter énergiquement dès son apparition.

Sans oublier le régime habituellement conseillé aux eczémateux, quel que soit le siège de l'éruption ; sans négliger le traitement interne et notamment l'emploi de l'arsenic et l'antisepsie intestinale, il convient d'instituer un traitement local dont voici les points principaux :

En cas de leucorrhée, combattre l'endométrite, la vaginite ou la vulvite par des moyens appropriés, car les flueurs blanches plus ou moins irritantes entretiennent l'eczéma vulvaire et le font récidiver avec la plus grande facilité.

Veiller à la propreté rigoureuse de la région vagino-périnéo-vulvaire, qu'on obtiendra par des injections antiseptiques non irritantes (acide borique à 1 %), et par des lotions répétées trois à quatre fois par jour avec la même solution. Eviter l'emploi des éponges qu'on devra remplacer par de l'ouate hydrophile.

Comme topique modificateur, nous donnons la préférence au suivant qui nous a permis d'obtenir des guérisons rapides dans plusieurs cas sérieux :

Sulfo-ichthyolate d'ammonium..... 2 gr.

Vaseline blanche..... 30 gr.

Appliquer un peu de cette pommade sur la région malade et la laisser en place pendant la nuit ; l'enlever le matin, à l'aide de lotions boriquées tièdes.

Directeur-Gérant, D^r J. CHÉRON.

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

A

Adame (Dominguez).....	686
Adenot.....	548, 686
Ardle.....	749
Argoleo (de Palerme).....	59
Audebert.....	311, 542
Audry.....	171, 172
Augagneur.....	566
Auvard.....	627
Axmann.....	53

B

Baldy.....	168
Ball.....	544
Ballenghien (de Roubaix).....	108
Barby.....	749
Barton Cooke-Hust.....	238
Batnaud (Jules) , 10, 71, 142, 221, 257, 321, 391, 449, 513, 577, 641,	706
Berger.....	668
Bergerio.....	623
Berlin (de Nice).....	571
Belin (René).....	119
Berry Hart (d'Edimbourg).....	538
Beugnier-Corbeau.....	53
Bisch.....	317, 691
Bonnaire.....	515
Bordé.....	497
Bordes.....	253
Bossi.....	41
Bouilly.....	28
Boullengier.....	501
Bourgogne.....	681
Boursier (de Bordeaux).....	670
Brandt.....	233
Brennan.....	253, 497
Brindley James.....	695
Budin (de Paris).....	50, 281, 344
Bum.....	385
Burge.....	44

C

Cahen.....	555
Cahn et Neuman.....	166
Coldané.....	239
Chaleix.....	706
Chalot (Toulouse).....	671
Championnière.....	95, 255
Charpentier.....	85, 281, 566
Chaput.....	442, 446, 499
Chavenac.....	254
Chéron (Jules) 63, 76, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 127, 129, 133, 142, 143, 144, 191, 198, 255, 262, 320, 325, 383, 392, 447, 453, 464, 511, 518, 528, 534, 575, 583, 639, 645, 03,	711

Cholmogoroff.....	439, 565
Charke.....	315
Combe.....	379
Combemale.....	417, 486
Comby.....	385
Constantin.....	231
Courtin.....	378
Courant.....	565
Coyne.....	734
Cuellar	94
Cullingworth.....	246, 672
Czempin.....	55
Czerniewski.....	513

D

Delthil.....	671
Demelin (de Paris).....	290, 709
Descroizilles.....	695
Desiderius von Velits.....	681
Desormeaux (Valentin).....	428
Didier.....	491, 685
Dickinson.....	622
Dobbelt.....	533
Dohrn.....	105
Dolérès.....	98, 298
Doyen.....	513
Dubourg.....	669
Dumarcet.....	707
Duncan.....	422, 675
Duplay.....	34

E

Ehrendorfer (d'Innsbruck).....	421, 480
Eloy.....	177, 568
Escherich.....	121
Eisenhart.....	557, 679
Engelmann.....	232
Epstein (de Prague).....	549
Etienne.....	360
Everke (de Bochum Allemagne).....	103

F

Farlaw.....	250, 695
Faucon.....	106
Filatow.....	698
Fochier (de Lyon).....	285
Forez.....	43
Fournier.....	485
Franck.....	620
Frane.....	443
Fritsch (de Breslau).....	291
Frommel.....	426
Futh.....	503

G

Gallois.....	434
--------------	-----

Galtier.....	574
Gaulard.....	344
Gerlach.....	179
Gennis (Mac).....	182
Gordes.....	688
Gottschalk.....	171, 752
Goullioud.....	181
Griniewitch (Olga).....	547, 625
Gregoriantz (Tiflis).....	572
Gross.....	419
Grynfeldt.....	498
Guéniot.....	66, 156, 278, 280
Guérin.....	91, 159
Guermontprez (de Lille).....	451
Gusserow.....	569

H

Halliday Croom.....	481
Hauffer.....	507
Hegar.....	113
Herbert Snow.....	427
Hergott (Nancy).....	297, 360, 541
Herman.....	629
Hervieux.....	88, 91, 160, 280
Heywood Smith.....	689, 742
Hill (de Washington).....	115
Hirigoyen.....	694
Herman.....	744
Huchard.....	505

I

Inglis Parsons.....	183
---------------------	-----

J

Jacobs.....	359
Jennings.....	185
Joseph (de Landeck).....	573
Jouve.....	499, 692

K

Kaltenbach.....	361
Karanzi.....	478
Keiffer.....	59, 635
Kirmisson.....	96, 731
Kisch.....	51, 389
Kricka.....	251
Kuppenheim.....	437
Kustner.....	124

L

Labadie-Lagrange.....	58
Lahreiss.....	482
Lallier.....	709
Lambatte.....	312
Landau (de Berlin).....	57
Lancry (de Dunkerque).....	259, 299
Lauwers (de Courtray).....	145, 543, 689
Lawson-Tait.....	552, 553, 743
Le Clerc.....	425, 449
Ledru (de Clermont-Ferrand).....	163

Lee.....	190
Legras.....	593
Léopold.....	679
Léo (de Bon).....	46
Levrat (de Lyon).....	42
Liebermester.....	504, 696
Lediberder (de Lorient).....	362
Lockwood.....	551
Loisnel (Lisieux).....	345
Lœhlein.....	680
Lugeol.....	618

M

Mac-Ginnis.....	562
Mackenrodt.....	690
Macnaig.....	686
Maliris.....	237
Mangiagalli (de Milan).....	75
Mangin (de Marseille).....	312, 452
Manu (de Bucharest).....	330
Marchand.....	96, 228
Marjolin.....	348
Martin.....	555
Martin (Christopher).....	556
Martin (de Berlin).....	539
Maurice.....	487
Melville de Laval.....	376
Mercier (de Montréal Canada).....	243, 497
Mertens.....	617
Merveille.....	310
Michaux.....	97, 195, 228
Mitchell.....	479
Mondov.....	556
Monin.....	315
Monod.....	353, 734
Monti.....	120
Myers (de New-York).....	189
Magel.....	445
Meebe.....	122

N

Neichtoube.....	568
Neisser.....	614
Nélaton.....	92
Netzel.....	622

O

Olénine.....	358
Orloff.....	241
Otis.....	550
Ozenne.....	129

P

Parker.....	187
Péan.....	346, 415
Pechnam (Grace).....	748
Pée.....	188
Peltzer.....	554
Pichevin.....	72
Picqué.....	250
Piéchaud.....	736

Pilate (d'Orléans).....	193, 228
Pinard (de Paris).....	283, 284
Petit (Paul).....	257
Phillips.....	108
Plager (Wertheim).....	746
Playfair.....	675
Poitou-Duplessis.....	502
Polailon.....	97, 354, 636
Popelin.....	323
Porak.....	244
Potherat (de Paris).....	361
Pozzi.....	732
Preindlsberger.....	350
Preissmann (d'Odessa).....	178
Prochownick.....	357
Puech.....	564

Q

Quénu.....	350, 351, 727
Queirel (Marseille).....	289

R

Rachmaier.....	37
Randolph.....	63
Ratcliffe (de Burnley).....	319
Raymond (de Limoges).....	49
Reamy.....	234
Reclus.....	639, 727
Reich.....	376
Reiny.....	540
Reverdin.....	621
Regnier.....	730
Richardière.....	514
Richelot.....	29, 229, 729
Ridnay Barker.....	562
Rivière.....	433, 531, 737
Rocher et Lamotte.....	516
Rohé (de Baltimore).....	51, 483
Ross (de Belfort).....	356
Roullin.....	235
Roussan.....	375
Routh.....	125, 631
Routier.....	88, 355, 417, 669

S

Saulmann (de Bruxelles).....	321
Schauta.....	67, 488
Schepers.....	423

Schlesch.....	519
Schotellius.....	177
Schuhl (de Nancy).....	66, 683
Schultz.....	40
Sebillotte.....	190, 305
Sécheyron (Toulouse).....	292, 739
Segond.....	92, 132, 351
Simon.....	50
Sims.....	425
Soupart.....	738
Stein de Namestzlo.....	169, 357
Stolipinsky.....	242
Strisover.....	178
Sunar.....	219
Szipothy.....	45

T

Taunere.....	613
Tarnier.....	87, 293, 416, 701
Tchernomordick.....	687
Ter-Grégoriantz Kasparion (de Tiflis).....	39
Terrier.....	227, 354, 419
Terrillon.....	369, 731
Thouvenaint.....	125
Thiéry (de Rouen).....	289
Thierry.....	506
Thiry.....	30
Tissier (de Paris).....	282
Tissier.....	295

V

Vaczi.....	54
Valude.....	678
Vangeon.....	697
Vidal.....	513
Vinay.....	101, 249, 313
Vullicet.....	664

W

Waskressensky.....	234
Water.....	619
Walter.....	477
Witte.....	487
Welandier.....	165
Wertheim.....	385
Wheeler.....	110
Wyeth.....	176

TABLE DES MATIÈRES

A

Abcès de la région anale (<i>Chéron</i>)	410, 413
Ablation (de l') totale de l'utérus pour les grandes tumeurs fibreuses et fibro-cystiques de cet organe	346
— (traitement des suppurations pelviennes par l') de l'utérus. Opération de Péan	369
Accouchement (atrophie optique durant la grossesse;) prématuré artificiel	678
— (conduite à tenir dans l') gemellaire	564
— (conduite à tenir pendant l') par le siège	189
— (de l'eau simple dans)	299
— (de l') provoqué par les cyphotiques	671
— (déchirure spontanée du vagin dans le cours d'un). Passage de l'enfant et du placenta dans la cavité abdominale. Guérison	103
— (des injections antiseptiques après les)	257
— (deux cas d') artificiel prématuré	241
— extra-abdominal	169
— (les injections dans les) normaux	377
— (procédé d'anesthésie pendant l')	502
— (prolapsus de l'utérus grvide) régulier et à terme	257
Accouchées (de l'examen et de la diététique des femmes enceintes nouvellement)	57
Albuminurie gravidique	701
Allaitement (sur l') des nouveau-nés	473
— (de l') maternel considéré surtout au point de vue des galactagogues	517
— (de l'emploi de l'eau de chaux dans l') artificiel	565
Aménorrhée (traitement de l')	251
— (un cas d') compliquée de vertiges consécutifs à la rétention de débris membraneux des enveloppes de l'œuf fœtal	163
— (du principe actif du persil (apioline) dans le traitement de l') et de la ménorrhagie	115
Anesthésie (de l') locale par le	

chlorhydrate de cocaïne en obstétrique et en gynécologie	443
Annexes (progrès des tendances conservatrices dans le traitement des affections des) de l'utérus	449
— (utérus et)	348
— (hystérectomie vaginale dans les lésions des)	351
Antiseptiques (de quelques) employés dans les affections génitales de la femme	59
Anus (maladies de l') et du rectum. (<i>Chéron</i>)	393
Asthme (sur l') des femmes enceintes	481
Asymétrie (de l') des fesses au point de vue obstétrical	344
Atrophie (traitement de l') de l'utérus	700
Atrophie utérine des jeunes filles	752
Avortement (causes de l')	66
— (Provocation de l') dans le cas d'affection grave du cœur	193
— (Utérus bifide, grossesse) provoquée au 3 ^e mois	234
— (tentation d')	422
— (sur le traitement de l')	437
— de l'	675
— (traitement de la rétention du placenta dans l')	681

B

Bassin (la symphyséotomie dans les rétrécissements du)	566
Broncho-pneumonie (potion contre la) infantile	50
Blennorrhée des petites-filles	428

C

Calculs vésicaux chez la femme	492
Cancer (le) primitif de l'utérus et son traitement	659
— (hystérectomies pour) de l'utérus	28
— (communication préalable sur le traitement palliatif du) de l'utérus par l'alcool	507
— (traitement palliatif du) de l'utérus	438
— (hystérectomie abdominale et hystérectomie vaginale combinées pour)	381

Cancer (le) primitif de l'utérus et son traitement.....	317
— de l'utérus généralisé pris pour une cirrhose atrophique.....	231
— (sur un signe précoce du) de l'utérus.....	171
Carcinome (Traitement du) par la pyoktanine.....	37
Castration (ostéo-malacie et).....	66
— (du traitement des fibromes utérins par la) ovarienne.....	49
— (abus de la).....	449
Cautérisation (gros bourrelet hémorrhoidal externe en rapport avec une congestion chronique de l'utérus avec le galvano-cautère (<i>Chéron</i>).....	402
Cellulite (traitement médical de la) pelvienne aiguë (<i>Chéron</i>).....	447
— (traitement de la) pelvienne.....	511
Césarienne (opération).....	246
— (opération).....	163
— (guérison de l'ostéomalacie à la suite d'une opération).....	91
Chloroforme (l'emploi du) prédispose-t-il à l'hémorrhagie post-partum.....	490
— (Une maladie organique du cœur doit-elle empêcher d'administrer le) en obstétrique.....	562
Chorée des femmes enceintes.....	107
Clitoris (Tumeurs du).....	748
Conduite à tenir dans certaines circonstances ressortissant de la petite gynécologie.....	187
Condylomes (<i>Chéron</i>).....	468
Congestion (gros bourrelet hémorrhoidal externe en rapport avec une) chronique de l'utérus.....	402
Col (traitement de la métrite du).....	689
— (sur l'usage de l'aristol dans le carcinome du) de l'utérus.....	59
— (des moyens de remédier au ralentissement du travail dû au gonflement du).....	360
— (de la rétraction du) comme cause de dystocie.....	290
— (les pansements à l'aristol dans le traitement palliatif de l'épithélioma du).....	191
Congrès international de gynécologie et d'obstétrique. Comptendu par le Dr Legros.....	593
Constipation (traitement mécanique de la).....	57, 505
Coqueluche (Un traitement de la).....	696
— (la résorcine et l'antipyrine contre la).....	637
— (traitement de la).....	504
— (Les vapeurs de naphthaline dans la).....	254
Corps étranger dans l'utérus..	44

Corps (Éléments de diagnostic de la présence d'un) dans l'utérus.....	613
— de l'abdomen.....	193
Couches (de la mort subite chez les femmes en).....	421
Curettage (du) de l'utérus.....	250
— utérin.....	571
— (sur la dilatation forcée de la matrice dans la pelvi-péritonite et sur le) de l'utérus.....	30
Cyphotiques (de l'accouchement provoqué chez les).....	671

D

Débridement (du) vulvo-vaginal comme opération préliminaire : nouvelle observation.....	442
— vaginal des collections pelviennes.....	181
Dermatol (de l'emploi du) en gynécologie.....	320
Désinfection (sur l'abus de la) des organes génitaux externes chez les femmes bien portantes..	53
Déviation (obstruction intestinale consécutive à une) utérine..	92
Diagnostic précoce de la grossesse.....	622
Diphtérie (de quelques moyens de traitement de la) chez les enfants.....	698
Drainage (le) de la cavité utérine moyen pratique (<i>Chéron</i>).....	528
Dysménorrhée et son traitement.....	182
— (suppositoire contre la).....	250, 695
— Traitement.....	562
— (le viburnum prunifolium dans la) des vierges.....	572
Dystocie (de la rétraction du col comme cause de).....	290
— de la délivrance à la suite du raccourcissement d'un ligament rond.....	706

E

Eclampsie (folie puerpérale dans ses rapports avec l').....	706
— (injections sous-cutanées de pilocarpine contre l') post-parturiente.....	178
— (pathogénie de l') puerpérale.....	297, 417
— (le bacille de l').....	688
Ecoulements vaginaux.....	318
Electricité (sur le traitement des maladies de femmes par).....	445
Endométrite (traitement de l') qui complique les tumeurs fibreuses de l'utérus (<i>Bataud</i>). 10, 71, 142	
— contribution à l'étude bactériolo-	

logique de la cavité du corps utérin dans les).....	233
Endométrite chronique. Pyo-salpingite. Curetage. Péritonite. Laparotomie. Mort.....	312
— tuberculeuse compliquée d'infection gonorrhéique.....	321
— (quelques principes généraux relatifs au traitement des)....	505
Epithélioma végétant de la muqueuse utérine.....	734
Euphorine (de l') en gynécologie.....	623
Exsudats (traitement des) puerpéraux récents.....	241

F

Fécondation (de la) artificielle comme moyen de corriger certains déplacements utérins....	253, 497
Fer (le) rouge en gynécologie.....	224
Fibreux (un procédé d'amputation des corps) de l'utérus.....	172
Fibromes (du traitement électrique des) utérins.....	183
— (les) utérins pendant la grossesse et l'accouchement.....	546
— (le traitement des) de l'utérus.....	51
— (du traitement des) utérins par la castration ovarienne.....	49
— simulant un rectocèle.....	623
Fibro-myomes (sur l'étiologie des) de l'utérus.....	357
Fistules stercorales consécutives à la laparotomie.....	749
— (des) stercorales consécutives aux laparotomies pratiquées dans la péritonite tuberculeuse....	738
— (traitement des) recto-vaginales.....	417
— anales.....	453
— (une cause rare de) vésico-vaginale.....	616
Fixateur intra-utérin.....	378
Fœtus (tête du) ayant séjourné plusieurs mois dans l'utérus.....	345
— (Détermination du sexe du) dans l'utérus.....	356
— (putréfaction intra-utérine pendant la vie du).....	683
Folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches.....	706
— survenant après les opérations gynécologiques.....	168
— (de l'influence des lésions de l'utérus et du vagin pendant la parturition comme cause de la) puerpérale.....	483
Forceps (sur l'application du) au détroit supérieur.....	503

G

Galactogènes (des).....	625
Galvano-caustie (applications de la) thermique à la gynécologie, (Chéron). 133, 198, 262, 325, 392, 453, 583, 711	
Génital (rôle important de l'appareil) de la femme en pathologie.....	67
Gonorrhée (sur la) chez la femme.....	105
— (contribution à l'étude de la).....	746
Grossesse (mal de Pot et).....	169
— (calendrier de la).....	104
— extra-utérine. Laparotomie, fistule urinaire.....	229
— dans un utérus à parois amincies simulat une grossesse extra-utérine.....	232
— extra-utérines.....	291, 553
— (pneumonie et).....	302
— (utérus bicorne et).....	319, 423
— et pneumonie.....	344
— (marisques consécutives à des hémorroïdes de la).....	401
— (conclusion du rapport sur la) extra-utérine.....	539
— (hémichorée des derniers jours de la).....	685
— (ovariotomie double chez une femme enceinte ; continuation de la) ; accouchement à terme d'un enfant vivant.....	536
— (symptômes d'occlusion intestinale provoquée par la)....	636
— (atrophie optique durant la).....	678
— (hémorroïdes pendant la).....	50
— (du diabète à l'occasion de la).....	49
— extra-utérine suivie de rupture de la trompe.....	540
— (les fibromes pendant la) et l'accouchement.....	546
— (sur le traitement opératoire de la) tubaire dans les cas de rupture du kyste.....	569
— (traitement de la syphilis pendant la).....	566
— (contribution à l'anatomie des) ectopiques.....	553
— (traitement de la syphilis pendant la).....	636
— tubaire double opératoire. Guérison.....	477
— tubaire double.....	619

H

Hématocèle (traitement de l') pelvienne.....	312
Hématome d'origine puerpérale siégeant sur les plis semi-lunai-	

- res de Douglas..... 39
- Hémichorée des derniers jours de la grossesse..... 491, 685
- Hémorragies précoces dans un cas de placenta previa..... 282
- post-partum ; leur étiologie et leur traitement..... 315
- post-partum..... 475
- intra-péritonéale à la suite d'un avortement dans un cas de grossesse tubaire..... 482
- (des) intra-utérines dans la néphrite des femmes enceintes..... 488
- de la délivrance..... 498
- ombilicale chez le nouveau-né..... 618
- (traitement des) de la délivrance..... 629
- (l'emploi simultané de la teinture de strophantus et de fer dans les cas d'anémie chronique consécutives à des) utérines..... 54
- (l'hydrastinine dans le traitement des) utérines..... 55
- (le traitement des) par insertion vicieuse du placenta... 692
- dans les cas de carcinome du sein chez la femme..... 554
- utérine, chez les femmes âgées..... 739
- Hémorroïdes (la glycérine iodée dans le traitement des). 178, 395
- (marisques consécutives à des) de la grossesse (*Chéron*)... 401
- externes (*Chéron*)..... 404
- (destruction d') avec la galvanocaustique (*Chéron*)..... 408
- (remède contre les)..... 695
- (traitement des)..... 696
- Hernie enkystée de la grande lèvre..... 668
- Hydatide (un cas de mole)..... 686
- Hydrastinine (de l') en gynécologie..... 244
- Hydrastis (action de l') canadensis sur l'utérus dans l'état puerpéral..... 497
- Hydrocèle féminine..... 167
- Hydro-salpinx. Présentation des pièces..... 669
- Hymen (rétention des règles par imperforation de l')..... 686
- (imperforation de l')..... 548
- Hystérectomie vaginale pour cancer..... 96
- (obstruction intestinale à la suite d'une) abdominale... 106
- (du pédicule après l')..... 742
- vaginale nécessitée par une perforation utérine..... 129
- vaginale par métrite fongueuse..... 129
- abdominale antérieure..... 243
- vaginale pour pyo-salpinx... 350
- vaginale dans les lésions des annexes..... 351
- Hystérectomie abdominale et hystérectomie vaginale combinées pour cancer..... 381
- (du traitement intra-péritonéal du pédicule dans l') abdominale..... 440
- (vaginales) pour cancer de l'utérus..... 28
- (un cas de déchirure de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement, traité par l') abdominale..... 543
- pour myome utérin..... 556
- Hystérectomistes, laparotomistes et conservateurs au congrès international de gynécologie de Bruxelles (*Batuaud*)..... 577
- Hystérie développée chez une femme ovariectomisée..... 733
- Hystéropexie (sur un cas d') abdominale pour rétroversion utérine (*Batuaud*)..... 221
- (résultats éloignés de l')... 257
- abdominale antérieure... 497

I

- Ichthyol (l') et le lisol dans la pratique gynécologique et obstétricale..... 188
- Imperforation congénitale de l'utérus..... 428
- Infection purulente et septicémie puerpérale..... 91
- (sur l') puerpérale et sur le but que doit se proposer l'obstétrique moderne..... 113
- (pathogénie de l') puerpérale..... 160
- (traitement de l') puerpérale par la provocation des phlegmons sous-cutanés..... 285
- (Des auto-) puerpérales... 292
- (sources multiples de l') puerpérale..... 298
- (Endométrite tuberculeuse compliquée d') gonorrhéique 321
- (auto-) puerpérale post-partum..... 739
- (quelques causes d') avant et après le travail..... 679
- Inflammations (état actuel de la question des) pelviennes (*J. Chéron*)..... 645
- (un nouveau mode de traitement des) pelviennes (*Chéron*) 518
- (de la rétention du liquide des) vaginales..... 108
- (accidents causés par les) de sublimé chez les femmes en couches..... 190
- (accidents réflexes par) vaginales mal faites..... 235
- (solution antiseptique pour les)

vaginales	249
Inflammations vaginales à base de	
naphtol.....	252
— (des) antiseptiques après les	
accouchements	257
— (des accidents syncopaux qui	
peuvent se produire à la suite	
des) intra-utérines.....	293
— (emploi de la cocaïne dans les)	
utérines.....	362
— (les) dans les accouchements	
normaux.....	377
— (solution salicylique pour) va-	
ginales.....	383
— vaginale désinfectante....	447
— (l') antiseptique intra-utérine	
après l'accouchement.....	635
— (mort à la suite d') intra-uté-	
rine de perchlorure de fer... 554	
— sous-cutanées de pilocarpine	
contre l'éclampsie post-partu-	
riente	178
Inhalations d'oxygène en obstétri-	
que.....	561
— (les) d'oxygène en obstétrique	
.....	433
Intoxication par le sublimé chez	
les femmes en couches.....	305
Inversion (traitement de l') utérine	
par traction sur le cordon... 119	
— et prolapsus de l'utérus.. 359	
Irrigations (les) chaudes du gros	
intestin comme moyen de soula-	
gement dans les douleurs pel-	
viennes et abdominales.....	43

K

Kyste de la glande de Bartholin	
(<i>Chéron</i>).....	716
— (difficulté du diagnostic diffé-	
rentiel de l'ascite et de certains)	
de l'ovaire	353
— (traitement du) du vagin com-	
pliquant l'accouchement.... 183	
— (la torsion du pédicule dans les)	
de l'ovaire.....	34
— (rupture de) ovariennes.... 419	

L

Lactée (médicaments modificateurs	
de la sécrétion).....	62
Lait de femme.....	121
— (alimentation artificielle. Coa-	
gulation et digestion du) dans l'es-	
tomac de l'enfant.....	121
— (la dilution du) dans l'alimen-	
tation artificielle des nourrissons	
.....	122
— présence de microbes dans le)	
de femme.....	166
Laparotomies (trois) sans anesthé-	
sie chloroformique.....	751
Laparotomistes (hystérectomis-	

les) et conservateurs au congrès	
international de gynécologie de	
Bruxelles (<i>Batuaud</i>).....	577
Laparotomie (péritonite purulente	
généralisée par perforation intes-	
tinale :) lavage, guérison... 88	
— (contusion de l'abdomen) gué-	
rison.....	97
— (sur quelques indications de	
la).....	124
— nécessité par la présence	
d'une mèche énorme de gaze	
iodoformée oubliée dans l'abdo-	
men et retrouvée dans l'intestin.	
.....	228
— (grossesse extra-utérine :) fis-	
tule urinaire.....	228
— (péritonite, tuberculeuse, 3)	
dont la dernière permet de const-	
tater la guérison des lésions. 229	
— dans les cas de tuberculose	
péritonéale, résultats statistiques	
.....	359
— (pyosalpinx) occlusion intesti-	
dale consécutive laparotomie ;	
guérison.....	361
— (neurolipomes multiples à la	
suite d'une).....	425
— (de la valeur de la) dans la	
péritonite pulvienne.....	672
— (traitement de la rétroflexion	
par la).....	446
Leucorrhée (formulaire de la). 435	
Lèvres (hypertrophie des grandes	
et petites) (<i>Chéron</i>).....	711
— (hernie enkystée de la grande)	
.....	668
— (éléphantiasis des grandes) 556	
Ligaments (nouvelle méthode de	
raccourcissement des) ronds	
de l'utérus.....	671
— (dystocie de la délivrance à la	
suite du raccourcissement d'un)	
rond.....	706
Lisol (la valeur thérapeutique du)	
en gynécologie.....	179

M

Manipulation (des) intra-utérines	
.....	361
Ménorrhagie (du principe actif du	
persil (<i>apioline</i>) dans le traite-	
ment de l'aménorrhée et de la)	
.....	115
Menstruation (de l'influence des	
rétrodéviations sur la).....	423
— Menstruation (cas d'absence	
totale de la).....	479
— chez un enfant.....	687
— grossesse, allaitement et va-	
riole.....	486
Menstruelles (potion contre les co-	
liqués).....	571
— (traitement de la gastralgie	
.....	255

Menstruelle (La folle).....	544
Métrites (de la dilatation de l'estomac dans les) chroniques...	744
— (Nouveau traitement de la)	
du col.....	125
— (hystérectomie vaginale pour)	
fungueux.....	129
— (crayons et pommades contre la).....	251
— (de la dilatation de l'estomac dans les) chroniques.....	480
— putrides cardio-séniles...	42
— (traitement antiseptique de la)	
aiguë.....	58
— (traitement de la) du col..	689
— (traitement de la) chronique par le crayon de sulfate de cuivre.....	697
Métrorrhagies (les longues irrigations d'eau chaude contre les) persistantes et les métrites.	53
Morphinomane (traitement de la) par les injections hypodermiques du sulfate de spartéine	184
Médicaments (dosage duodécimal des) toxiques.....	97
Muqueuse (sur la reproduction de la) de l'utérus.....	41
— épithélioma végétant de la) utérine.....	734
Mutilations (trop de) inutiles et pas assez de gynécologie conservatrice.....	98
Myome (hystérectomie pour) utérin	556
— multiples du vagin.....	358

N

Néphrite (sur un cas de) puerpérale infectieuse.....	85
Névrologies pelviennes (intervention chirurgicale dans les grandes).....	724
(l'intervention chirurgicale dans les grandes) pelviennes (Jules Batuaud).....	641
Nourrices (poursuites contre une sage-femme à cause de syphilis sur les).....	46
— (prophylaxie de la syphilis des)	348
Nouveau-nés (influence de la coaveuse et du gavage sur la mortalité des).....	567

O

Ophthalmie (contribution au traitement de l') des nouveau-nés	573
Ostéomalacie (guérison de l') à la suite d'une opération césarienne	91
— (un cas d') guéri par le chloral	633

Ostéomalacie (étiologie et traitement chirurgical de l').....	679
— (contribution à l'étiologie de l') puerpérale.....	557
Ovaire (lui avait-on enlevé un)	237
— (difficulté du diagnostic différentiel de l'ascite et de certains kystes de l').....	353
— La torsion du pédicule dans les kystes de l').....	34
Ovariectomie double chez une femme enceinte ; continuation de la grossesse, accouchement à terme d'un enfant vivant.....	536
— (tétanos après l').....	108

P

Palpitations (traitement des) de l'âge critique.....	51
— (traitement des) de l'âge critique.....	380
Pansements (les) à l'aristol dans le traitement palliatif de l'épithélioma du col utérin.....	191
— (nouveaux crayons médicamenteux pour) intra-utérins	694
Paternité précoce.....	238
Pelvi-péritonite (traitement médical de la) chronique séro-adhésive (Chéron).....	639
— (traitement médical de la) aiguë (Chéron).....	575
— (sur la dilatation forcée de la matrice dans la) et sur le curetage de l'utérus.....	30
Péritonite purulente généralisée par perforation intestinale ; laparotomie, lavage, guérison...	88
— tuberculeuse 3 laparotomies dont la dernière permet de constater la guérison des lésions.	229
— (de la valeur de la laparotomie dans la) pelvienne.....	672
— (des fistules stercorales consécutives aux laparotomies pratiquées dans la) tuberculeuse	738
— (un cas authentique de) blennorrhagique.....	385
— (traitement de la) puerpérale	503
Phlegmatia alba dolens puerpérale chez la mère et érysipèle chez l'enfant.....	513
Phlegmons (traitement de l'infection puerpérale par la provocation de) sous-cutanés.....	285
Placenta (sur le diagnostic rétrospectif du) provia.....	281
Pessaires (perforation de la vessie et du rectum par des).....	620
Placenta (hémorragies précoces dans un cas de) provia.....	282
— (le décollement prématuré du)	

inséré normalement.....	706
Placenta (le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du)	499
— (traitement de la rétention du)	499
dans l'avortement.....	681
— (le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du)	692
— (développement du) après la mort du fœtus.....	552
— (extrait du rapport sur le)	538
provia.....	538
Pneumonie et grossesse..	302, 344
Polypes du rectum.....	464
Porro (opération de) ses principales indications.....	689
Présentation (un nouveau signe de) du siège.....	487
Prophylaxie (la) chez les femmes enceintes.....	426
Prolapsus de l'utérus gravide. Accouchement régulier et à terme.....	357
Prurit (contre le) vulvaire.....	315
— (emploi du teurcium scordium contre le) vulvaire.....	383
— vulvaire, guérison après emploi du courant constant.....	439
— (guérison d'un) vulvaire datant de deux ans, par un courant constant.....	504
Puerpéraux (la méthode de Massarenti dans le traitement des accidents).....	253
Pyosalpingites (des méthodes d'évacuation simple appliquées au traitement des) et des collections liquides du pelvis (<i>Vulliet</i>)..	664
— (traitement de la) par la large dilatation de l'utérus.....	171
Pyosalpinx (hystérectomie pour)	350
— double laparatomie : occlusion intestinale consécutive, laparotomie ; guérison.....	361
— (inconvenients graves de l'abaissement de l'utérus dans le cas de) (<i>Batuaud</i>).....	513

R

Rectaux (troubles) chez les femmes.....	555
Rectum (polypes du) (<i>Chéron</i>)..	464
Règles (rétention des) par imperforation de l'hymen.....	686
Rein (de l'influence du costume sur la production du) flottant chez la femme.....	478
— (les) mobiles chez les femmes.....	170
Rétroflexion aiguë de l'utérus non gravide, réduction immédiate, guérison.....	311
— (de la mort dans la) de l'utérus	

gravide.....	482
Rétroflexion (traitement de la) par la laparatomie.....	499
— (curabilité de la rétroversion et de la) (<i>Chéron</i>).....	5
— (traitement opératoire de la) utérine description d'un nouveau procédé.....	690
— aiguë, réduction digitale..	542
Rétroversion (curabilité de la) et de la rétroflexion (<i>Chéron</i>).....	5
— (sur un cas d'hystéropexie abdominale pour) utérine (<i>Batuaud</i>).....	221
Rougeole (potions contre la toux de la).....	695
Rousseurs (lotion contre les)..	574
Ruptures (des) utérines.....	40
— de l'utérus.....	749
Salpingo-ovarite (le traitement de la) par la compression intermittente.....	626
Sangsues (les applications de) dans certaines maladies des enfants.....	190
Sarcome (sur le) de l'utérus... ..	110
Seigle (emploi du) ergoté.....	289
Sein (liniment contre les gerçures du).....	249
— (lésions de la moëlle osseuse dans le cancer du).....	427
— (sur une affection particulière du) présentant le type cancéreux.. ..	551
— (hémorrhagie dans les cas de carcinome du) chez la femme.....	555
Septicémie (pathogénie et traitement de la) puerpérale.....	156
— (discussion sur la) puerpérale.....	278
— puerpérale causée par un furoncle d'une garde-malade..	425
puerpérale furonculaire.....	449
— (traitement de la) puerpérale par les abcès hypodermiques..	506
Solvéol.....	576
Statistique opératoire.....	230
Stérilité (les rétrodéviations en rapport avec la) et l'avortement.....	744
Suppurations (traitement des) pelviennes par l'ablation de l'utérus, opération de Péan.....	369
— pelvienne prolongée.....	484
— (technique de la recherche de gonocoques dans les) blennorrhagiques.....	614
— pelviennes et gynécologie médico-chirurgicale conservatrice (<i>Chéron</i>).....	534
Symphyséotomie.....	281, 416
— (trois cas de).....	284
— (deux avec terminaison favorable).....	638

T

- Tétanos (du) puerpéral..... 101
 — après l'ovariotomie..... 108
 — (traitement du) puerpéral. 313
 Transfusions (un nouveau mode de traitement des inflammations pelviennes) hypodermiques répétées de sérum artificiel (*Chéron*)..... 518
 Trompe (à propos de l'accumulation de liquide dans la)..... 224
 — (grossesse extra-utérine suivie de rupture de la)..... 540
 Tubage (à propos du) de la cavité utérine..... 513
 Tubaire (gonocoques et streptocoques dans le pus d'un abcès). 487
 Tumeurs (traitement de l'endométrite qui complique les) de l'utérus. (*Batuaud*)..... 10, 71, 142
 — (traitement électrique des) fibreuses par le tampon..... 255
 — (de l'ablation totale de l'utérus pour les grandes) fibreuses et fibro-cystiques de cet organe. 346
 — abdominales..... 355
 — (traitement des) malignes par la pyocétanine..... 360
 — (de l'ablation totale de l'utérus pour les grandes) fibreuses. 415
 — (appareil destiné à faciliter l'extirpation des) abdominales 621
 — (de la cure saline dans le traitement des) fibreuses de l'utérus 63
 Tympanite (traitement de la) abdominale par la teinture de thuya occidentalis (*Chéron*)..... 127

U

- Urèthre (troubles réflexes causés chez la femme par les rétrécissements de l')..... 550
 Urétrite (du traitement de la vaginite et de l') par le glycéré d'acide borique (*Chéron*)..... 703
 Urine (guérison de l'incontinence

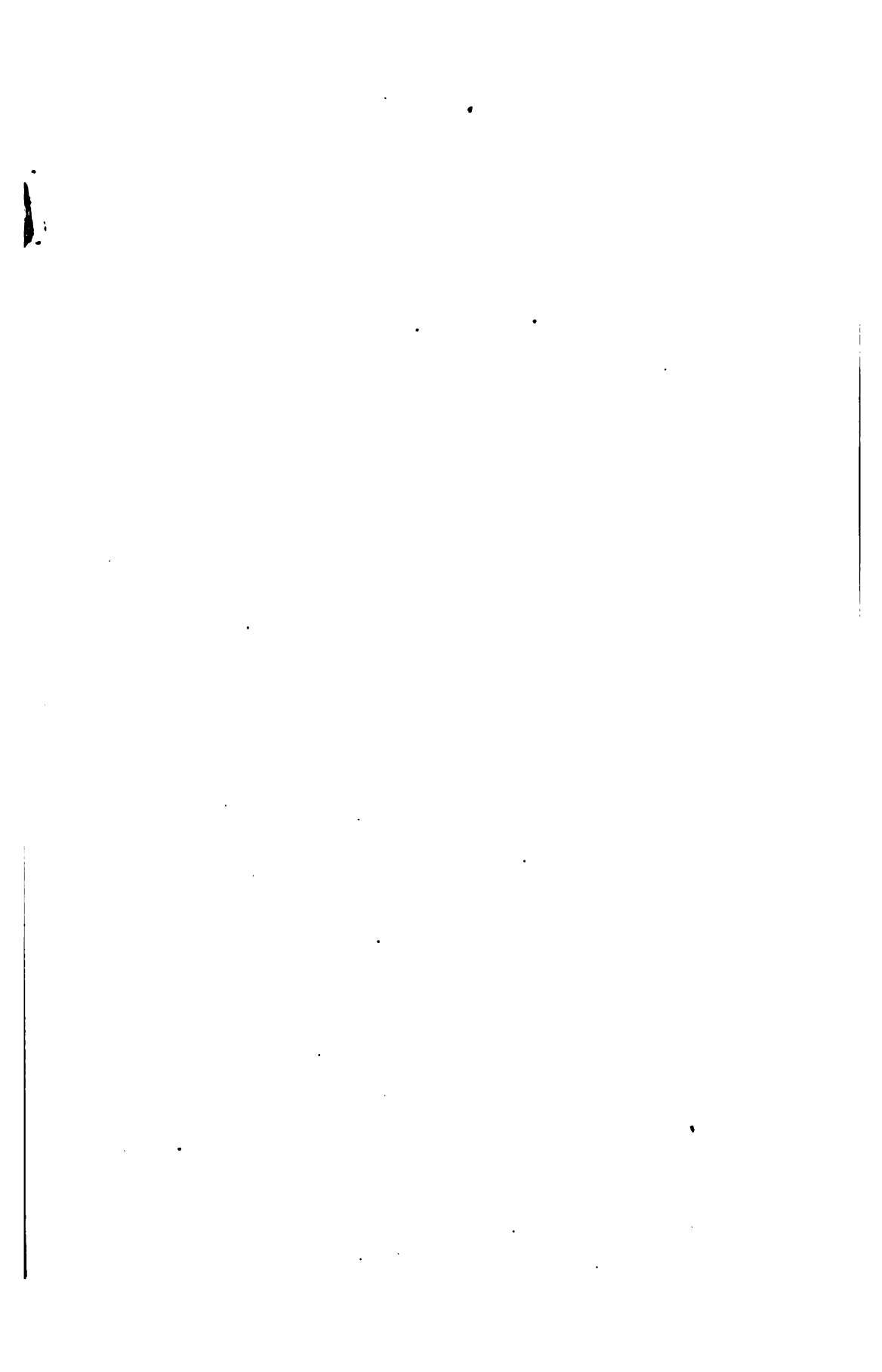
d') chez la femme par la méthode de Thure-Brandt (*Batuaud*)... 321

V.

- Vagin (déchirure spontanée du) dans le cours d'un accouchement 103
 — (myomes multiples du)... 358
 — (corps étranger ayant séjourné 30 ans dans le)..... 45
 — (un cas de déchirure de l'utérus et du) pendant l'accouchement, traité par l'hystérectomie abdominale..... 543
 Vaginisme par cicatrices douloureuses de l'hymen. (*Chéron*). 721
 Vaginite (existe-t-il une) gonorrhéique chez la femme adulte... 165
 — (injections contre la) aiguë 177
 — (la vulvo-) des petites filles 385
 — (du traitement de la) et de l'urétrite purulente par le glycéré d'acide borique (*Chéron*)..... 703
 — (la vulvo-) gonorrhéique chez les petites filles..... 549
 — (injections contre la) aiguë 568
 Varicocèle (du) pelvien et de son traitement..... 374
 Ventre (compresse oubliée dans le) d'une femme..... 226
 Vessie (extraction d'une épingle à cheveux de la) d'une dame avec un tire-bouchon..... 239
 Viburnum opulus..... 376
 Vomissements (traitement des) graves de la grossesse..... 125
 — (des) de la grossesse. Étiologie et traitement..... 310
 — (traitement des) graves de la grossesse..... 631
 — (potion contre les) incoercibles 63
 — (traitement des) incoercibles des femmes enceintes..... 568
 Vulve (solution et poudre contre la gangrène de la)..... 251, 572
 — (maladies de la). (*Chéron*). 471
 — (papillomes de la) et de l'anus (*Chéron*)..... 470
 Vulvite (traitement de la) infantile 379

La Roche
Aug. 27

[illegible]





41C
8647

